EXCURSION CHIRURGICALE

EN

ANGLETERRE

Lettres adressées à M. le Professeur Bouisson

PAR

A. COURTY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTPELLIER.

Ovariotomie.
Extirpation des fibroïdes de la matrice.
Autres opérations praticables chez le sexe.
Opérations générales.
Enseignement et exercice de la médecine.

PARIS

ASSELIN, GENDRE ET SUCCESSEUR DE LABÉ
Place de l'École-de-Médecine.

MONTPELLIER

COULET, LIBRAIRE, GRAND'RUE.

Juillet-Septembre.
1863

EXTRAIT DU MONTPELLIER MÉDICAL.
Août, Septembre, Octobre 1863.

Montpellier. — Typogr. Boehm et Fils.

A MONSIEUR

J.-Y. SIMPSON,

M. D., F. R. S. E.,

Professeur d'Accouchements à l'Université d'Édimbourg, etc.

Mon cher Monsieur,

Permettez-moi de vous dédier cet écrit, non à cause de sa valeur qui ne peut être digne de vous, mais en mémoire de l'appui que l'autorité de votre parole a donné depuis longtemps à l'ovariotomie, et en souvenir de la parfaite hospitalité dont vous m'avez honoré à Édimbourg.

Votre dévoué,

A. COURTY.

EXCURSION CHIRURGICALE EN ANGLETERRE.

Première Lettre.

De l'Ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez le sexe.

MON CHER AMI,

Vous vous souvenez qu'en vous serrant la main avant de partir, le mois dernier, je vous annonçai mon dessein d'aller jeter un coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Le peu de temps dont je pouvais disposer ne me permettait pas d'étudier à fond ses méthodes et ses procédés. Je n'avais donc pas la prétention de donner à mon escapade les proportions d'un *voyage scientifique*, dans lequel on peut toucher à toutes les questions, sinon les résoudre toutes. A parler exactement, je ne comptais faire qu'une simple *excursion chirurgicale* dans la Grande-Bretagne. Cette expression modeste caractérisait d'autant mieux mon projet que, n'ayant à moi qu'une quinzaine de jours, j'avais résolu de borner mes recherches à quelques points de la chirurgie anglaise se rattachant à l'objet spécial de mes études sur les maladies utérines.

Aussi, désirant vous communiquer mes impressions, dès mon retour de Londres, j'ai beau fouiller dans mes notes de voyage pour y chercher des observations justificatives, je n'en rencontre presque aucune sur les questions chirurgicales générales. Elles sont toutes relatives au traitement des maladies utérines ou aux opérations chirurgicales praticables chez les femmes. Parmi ces opérations, il en est une, il est vrai, qui prime toutes les autres et qui a, par sa gravité, une importance de premier ordre: je veux parler de l'ovariotomie, récemment importée en France, jugée si diversement par nos confrères les plus autorisés, et qui vaut la peine d'être vue d'assez près pour qu'on puisse s'en former une opinion sérieuse. Il est vrai aussi que tout est dans tout, et que, dans les moindres applications d'une science, on peut retrouver ses principes les plus élevés. Ce sera peut-être ma faute si, dans le petit nombre de faits chirurgicaux dont je puis vous entretenir sciemment pour les avoir vus, je ne parviens pas à vous faire découvrir l'esprit de la chirurgie anglaise. Quoi qu'il en soit, je dois me résigner à vous offrir mon fretin, sans chercher à l'accommoder pour lui donner plus d'importance qu'il n'en a. Votre amitié se contentera de mes bonnes intentions, et votre science suppléera facilement à mes lacunes.

Avant de visiter nos confrères d'outre-Manche et d'assister à leurs opérations, il faut naturellement arriver en Angleterre et parcourir cette ville sans limites qu'on appelle Londres.

Je ne veux pas débuter par une leçon de géographie; mais je tiens à vous faire part d'une réflexion philosophique, sinon pleine de profondeur, du moins importante à rappeler quand on s'apprête à juger la chirurgie anglaise. L'esprit d'un peuple se révèle partout, et il n'est pas étonnant que le même souffle inspire ses conceptions ou anime ses actes, soit dans les nombreuses branches d'une science, soit dans les divers arts qui en sont des applications.

Eh bien! tout voisins et alliés que nous sommes avec les Anglais (je dirai même et volontiers amis, car on ne peut les voir de près sans être disposé à les aimer sincèrement), il faut commencer par reconnaître que, à tort ou à raison, tout semble différer entre eux et nous. Que cela tienne au climat, aux institutions politiques, à un caractère de race, je l'ignore; mais cela est, et cette différence est essentielle à constater.

Je ne vous parle pas de leur gouvernement, de leur vie politique et sociale, de leur esprit colonisateur, bien que sur tous ces points la différence soit profonde, pour ne pas dire radicale. Sans nous laisser entraîner sur le terrain glissant de la politique, où ces questions risqueraient de nous pousser malgré nous, il est permis de mettre en opposition leur *self-government*, leur liberté individuelle et publique, leur initiative et leur confiance en eux-mêmes, leur esprit audacieux et entreprenant, leur fermeté et leur persévérance, avec les qualités toutes différentes qui nous sont propres, et dont l'appréciation nécessiterait une étude par trop extra-scientifique. Mais, pour ne signaler que des différences coutumières, et encore seulement quelques-unes, voyez les Anglais dans la rue, dans les affaires; voyez-les chez eux.

Dans la rue, comme dans les affaires, ils agissent plus qu'ils ne parlent; ce n'est pas qu'ils ne réfléchissent, mais ils pensent vite et se décident promptement. Ils semblent courir au lieu de marcher, leurs voitures brûlent le pavé, elles ne leur suffisent plus; les chemins de fer envahissent Londres, traversent la ville de leur parcours souterrain et débouchent au beau milieu de cette vaste cité, en plein *Strand*. Avant tout et par-dessus tout, de l'action, et en avant; mais une action sûre d'elle-même et dont ils ne cherchent pas le ressort ou le levier en dehors d'eux.

Pour les voir chez eux, pénétrez dans ces blockhaus, je veux dire dans ces maisons dont chacune, séparée de la rue par une forte grille et un fossé profond, ressemble à une petite forteresse, et vous apprécierez cet intérieur, ce fameux *home*, où la vie privée se retranche à l'abri des inconnus et des importuns. Ici, tout est pour le repos et le comfort, comme là tout est pour l'action et le mouvement.

Et ici et là, que de différences entre leurs usages et les nôtres! Leurs cochers croisent à gauche au lieu de croiser à droite; leurs fenêtres s'ouvrent de haut en bas au lieu de s'ouvrir d'un côté à l'autre; leurs meubles sont solides au lieu d'être élégants; leurs tables sont carrées au lieu d'être rondes. Ils se nourrissent de rôtis au lieu de sauces; ils mangent la salade avec le fromage et non avec le rôti; ils servent le Champagne pendant le dîner et le Bordeaux au dessert; ils comptent leurs doigts en commençant par l'index au lieu de commencer par le pouce, etc. Pour épuiser la matière, il faudrait écrire un volume.

Naturellement, je m'arrête dans cette carrière presque inépuisable, et je reviens à la chirurgie. Mais je n'en suis pas si loin que vous le pensez; car en chirurgie, comme pour tout le reste, toujours des différences à signaler. Et d'abord, pour l'emploi du temps, la journée des chirurgiens anglais diffère entièrement de la nôtre. Nous faisons nos visites d'hôpital le matin, puis viennent nos courses en ville, l'après-midi nous recevons les malades et nous donnons nos consultations dans notre cabinet. Nos confrères d'Outre-Manche reçoivent leurs clients de 11 heures à 1 heure : c'est l'heure de la consultation, ou de la guinée, si vous préférez fixer par cette expression le souvenir du tarif ordinaire. Après le *lunch* qui la suit, vient l'heure de l'hôpital : c'est seulement alors, c'est-à-dire de 2 à 4 heures, qu'on peut voir ces Messieurs dans leur service ou à leurs opérations; puis viennent leurs courses en ville. La différence m'aurait faiblement touché, si elle ne m'avait causé une perte sérieuse du peu de temps que je devais donner à Londres. Mais vous comprenez que, ne pouvant utiliser dans les hôpitaux, à notre manière française, les heures de mes matinées, j'ai gardé quelque rancune à ces usages britanniques des précieux instants qu'ils m'ont fait perdre.

Ces différences sont, à tout prendre, superficielles. Tiennent-elles aux mœurs, aux exigences d'un climat trop rigoureux ou d'un ciel trop chargé de brouillards pour permettre à nos confrères l'usage des visites hospitalières matinales? Peu importe.

Ce qui nous touche plus, c'est la différence même des hôpitaux et la différence plus importante de l'esprit chirurgical des hommes éminents qui sont à la tête des services.

Sous ce rapport, je n'ai pas tout vu, et cette raison me dispense d'en donner d'autres pour déclarer d'abord que je ne puis tout dire. Mais voici ce que j'ai vu : A côté des grands hôpitaux, que j'ai peu fréquentés, on trouve une multitude de petits hôpitaux comme nous n'en possédons pas en France. Vous savez d'ailleurs que les uns et les autres sont des institutions privées, régies par leurs administrateurs particuliers, ne relevant que d'elles-mêmes, affectées le plus souvent à une classe particulière de malades : hôpital orthopédique, hôpital des cancéreux, hô-

pital pour les accouchements, hôpital particulier pour les accouchements des femmes mariées, hôpital pour les maladies des femmes, etc. etc.; quelquefois même hôpital particulier pour un chirurgien, comme le *London surgical Home* de M. Backer-Brown.

Or, ce qui nous frappe au premier aspect, c'est le peu d'apparence de ces établissements. On n'a pas fait des plans dispendieux, encore moins des frais d'architecture, surtout pour les façades; on dirait de simples maisons bourgeoises, le *home* anglais, la petite forteresse privée dont je vous parlais. Mais à peine entré, on y reconnaît le comfort de ces mêmes maisons : évidemment le dehors est sacrifié au dedans. Ici, pas plus de luxe que là, mais la propreté exquise; de l'eau chaude et de l'eau froide à tous les étages en abondance, une ventilation parfaite à peu de frais par le moyen d'un large foyer et de la fameuse fenêtre s'abaissant de haut en bas au degré nécessaire, une hygiène pratique incontestable, de petites salles renfermant de 4 à 12 lits, des couchettes simples, mais des parquets et des murs bien nets, et sur ces murs, à côté de quelques inscriptions pieuses pour soutenir le courage et la résignation, des gravures coloriées, des imitations d'aquarelles, genre éminemment national, représentant souvent des scènes champêtres, sur lesquelles les malades peuvent reposer agréablement leur vue et égayer leur douloureuse solitude. Et par-dessus tout cela, aucune de ces odeurs fades, aigres, nauséeuses, engendrées par la charpie imprégnée de pus, le séjour prolongé des cataplasmes, les exhalaisons des lieux d'aisance, les miasmes des grandes salles mal ventilées, qui, à défaut de la vue, suffiraient pour caractériser, dans plusieurs de nos grands établissements, l'air insalubre de l'hôpital. J'aurai à revenir sur ces différences, en vous parlant du pansement des plaies après les grandes opérations.

Mais il me reste à vous signaler, parmi ces différences en quelque sorte sommaires, celles qui caractérisent l'esprit même de la chirurgie anglaise. C'est ici surtout que se révèle l'esprit général de la nation, cet esprit qui la pousse, non vers le changement, car peu d'hommes sont aussi constants que les Anglais dans leur chirurgie comme dans leurs coutumes (ils en donnent une preuve par leur attachement de vieille date à la réunion immédiate), mais cet esprit qui la pousse vers le progrès ou plutôt vers l'action. La chirurgie anglaise m'a paru éminemment active, et, par suite, entreprenante, audacieuse, sinon dans tous les sens, du moins dans certaines directions. Malades et chirurgiens s'abandonnent également à cette impulsion, et l'on trouve assurément en France, chez les premiers, des résistances qu'on ne rencontre pas en Angleterre. Ici, le malade tient à être débarrassé de son mal. Pour lui, à ce qu'il paraît, vivre n'est pas exister seulement, c'est agir. Toute entrave à l'action lui est insupportable, et il ne craint pas d'affronter

les hasards de la chirurgie, pour courir la chance de reconquérir la libre possession de lui-même.

Vous sentez bien, mon cher ami, que dans cette digression sur les différences entre l'esprit, les mœurs, les habitudes de la vie commune et de la chirurgie en Angleterre et en France, je cite quelques exemples au courant de la plume. Je n'entends pas dire que tout diffère entre les deux pays, et notamment que la chirurgie s'y pratique d'après des principes opposés. Mais il est impossible que des différences aussi nombreuses et aussi sensibles existent entre l'organisation sociale de deux peuples, et entre mille détails particuliers de leur vie privée, sans qu'elles ne se reflètent dans la conception d'une science, surtout d'une science dont la certitude n'est que relative, comme la médecine, et dans les règles ou la pratique d'un art qui se prête à tant de modifications, comme la chirurgie.— Cela revient à dire que, pour juger impartialement et à sa véritable valeur la chirurgie comme toutes les choses de la Grande-Bretagne, il faut se dégager un peu de ce qu'il y a, pour ainsi dire, de national dans notre science et dans notre art; il faut se pénétrer de l'esprit des Anglais, se mettre à leur point de vue, se placer dans leur milieu.

Il faut observer aussi que dans une ville aussi grande que Londres, avec une civilisation très-avancée, le goût et le besoin de la spécialité sont encore plus développés qu'à Paris, et que les hommes qui la cultivent, avec l'esprit entreprenant qui les anime, doivent la pousser jusqu'à des limites qui ne nous sont pas familières.

Si je ne me trompe, ces réflexions sur la différence d'esprit scientifique des deux peuples, sur la disposition à l'action, sur le caractère entreprenant des Anglais (malades et chirurgiens), sur le développement forcé de la spécialité chez eux, aident à faire la part des différences sensibles qui distinguent la chirurgie anglaise de la chirurgie française, à comprendre qu'il y a plus de courage que de témérité dans l'entreprise de grandes opérations comme l'ovariotomie, et à expliquer le succès qui couronne cette louable audace.

Vous verrez peu à peu combien, en se plaçant sur leur terrain, on finit par trouver naturelles, chez les Anglais, des tentatives qu'on serait tenté de regarder d'avance comme des excentricités chirurgicales. Je tâcherai de me rappeler, chemin faisant, les autres traits qui m'ont paru être particuliers à la chirurgie de la Grande-Bretagne, et, tout en vous les signalant, de les interpréter à ce point de vue. Mais je n'ai eu jusqu'ici d'autre dessein que de vous montrer comment on a pu se familiariser assez vite en Angleterre avec une opération que son étrangeté autant que ses dangers nous ont fait regarder si longtemps en France comme inabordable. Et puisque ce détour un peu long nous y a pourtant ramenés,

et nous a même placés, je l'espère, sur un poste favorable à l'impartialité de l'observation, je suis maintenant plus à l'aise pour vous communiquer mes impressions personnelles sur l'ovariotomie.

Je commence par vous déclarer ma sympathie pour cette opération et mon estime pour les hommes éminents qui l'ont conquise à l'art chirurgical, moins encore par leur audacieuse initiative que par la science profonde avec laquelle ils en ont réglé logiquement l'exécution. Cette conquête contemporaine, comme celle de la guérison des fistules vésico-vaginales, des résections osseuses, et de quelques autres opérations récentes, est due certainement à la connaissance de plus en plus précise des lois de la physiologie pathologique et à l'application plus rigoureuse des règles de la *réunion immédiate*.

Si l'École anglaise est fière de cette méthode de pansement de toutes les plaies, et notamment des plaies qui suivent l'exécution des grandes opérations, dont elle a fait depuis Hunter une règle sans exception, l'École de Montpellier s'enorgueillit, à juste titre, d'avoir fait aussi de cette méthode un dogme fondamental de sa pratique chirurgicale. Tandis que Roux, malgré son voyage en Angleterre, Larrey, Dupuytren et l'École de Paris, qu'on a eu le tort de regarder comme représentant à elle seule toute l'École française, la déclaraient inacceptable comme méthode générale et absolue du traitement des plaies, notamment du pansement après les amputations, l'École de Montpellier, au contraire, la défendait ardemment par la pratique et les écrits des Delpech, des Serre, des Estor et de tant d'autres, et s'attachait à la perfectionner au point de généraliser de plus en plus son application et d'assurer son succès.

Or, si les ovariotomies réussissent aujourd'hui comme les opérations de fistule vésico-vaginale par le procédé américain, cela tient assurément à ce qu'on suit enfin dans leur exécution une marche, c'est-à-dire une méthode qui n'est que l'application logique de principes scientifiques connus, mais trop longtemps négligés.

Jusqu'ici on peut dire que, sur ce point, l'art n'était pas conséquent avec la science, la pratique était en désaccord avec la théorie. Aujourd'hui, la conviction de ne pouvoir réussir qu'à la condition de mettre les parties dans une situation vraiment favorable à la réunion, a fait imaginer les procédés les plus efficaces pour obtenir cette condition et y maintenir les tissus. On a suivi rigoureusement ces procédés, et l'on a réussi.

Dans les tentatives de guérison des fistules vésico-vaginales, on voulait réunir des lèvres de plaies trop minces, entre lesquelles rien n'empêchait l'urine de filtrer. En relevant au contraire vers la vessie la muqueuse vésicale, en rafraîchissant seulement le vagin, en affrontant de larges surfaces au lieu de bords, en ajustant l'affrontement de ma-

nière à empêcher la coaptation de se détruire, on ne fait pas autre chose que l'application mécanique des principes, des lois de la réunion immédiate. Mais cette application a été faite avec une exactitude, avec une logique, avec une rigueur, avec une perfection qui placent, par cette seule opération, l'École américaine à la hauteur des Écoles chirurgicales les plus sérieuses.

Dans les extirpations d'ovaires ou d'utérus, dans toutes les plaies abdominales, sachant combien il faut se garer des épanchements de pus ou de fluides étrangers dans le péritoine, sachant comme on obtient facilement l'adhérence des surfaces de cette membrane rapprochées, sachant enfin qu'on n'a d'espoir de guérir les plaies intestinales qu'en adossant la séreuse à elle-même, on était assez inconséquent pour craindre de débarrasser d'abord la cavité péritonéale du sang épanché, des fluides, de tous les corps étrangers, pour ne pas oser réunir hardiment la plaie par première intention, pour redouter enfin de comprendre le péritoine dans la suture.

Au contraire, le plus sûr moyen d'empêcher la péritonite d'éclater, c'est de ne laisser séjourner ou s'épancher aucun fluide dans la cavité du péritoine et de fermer promptement cette séreuse. Et la meilleure manière de la fermer, c'est de l'adosser à elle-même en renversant les lèvres de la plaie abdominale en dehors, par une suture profonde et qui traverse tous les tissus; de même que pour la réunion des intestins divisés on renverse en dedans les lèvres de la plaie intestinale. Par cette adhérence hâtive, on empêche de pénétrer, dans la cavité péritonéale, le pus qui peut se former dans une plaie dont la profondeur comprend toute l'épaisseur des parois abdominales, et dont la longueur doit suffire à l'extirpation d'un kyste ovarique. On empêche enfin autant que possible la production même du pus par une suture superficielle, par la dessiccation de la plaie, par l'application du perchlorure de fer, etc.

Vous comprenez maintenant, mon cher ami, tout l'intérêt que présentait pour moi l'étude d'une opération qui n'était pas seulement une précieuse individualité chirurgicale, si je puis m'exprimer ainsi, mais une démonstration de la vérité, une justification de la rigueur de nos principes, et qui s'élevait peu à peu à la hauteur d'un témoignage imposant en faveur d'un des dogmes les plus chers à notre École.

Du reste, à l'attrait causé par tout le bruit qui s'était fait récemment autour de cette opération, à la conviction qu'elle était pratiquée en Angleterre sur une large échelle par des hommes sérieux, s'ajoutait, pour m'inspirer un vif désir de l'étudier de plus près, une considération dont le poids était bien capable de faire pencher la balance en faveur de mon projet : c'est que l'ovariotomie venait d'être importée en France, non par un étranger suspect ou par un opérateur sans crédit, mais par un chi-

rurgien dont la prudence est proverbiale et dont la sagesse est garantie par l'habitude du succès.

Ce n'est pas que les premières opérations de M. Nélaton aient été toutes heureuses. Quelques autres chirurgiens français ont éprouvé dans leurs tentatives des revers qui nous ont mis en garde contre un enthousiasme exagéré, et qui nous ont obligé à réfléchir plus mûrement aux véritables conditions de succès.

Mais, depuis lors, l'ovariotomie a réussi entre les mains de MM. Desgranges, Boinet, Kœberlé (de Strasbourg). M. Nélaton a montré, par les succès de sa propre pratique, la justesse de ses prévisions et le droit légitime de cette importation anglaise à s'acclimater en France. Peu de jours avant mon passage à Paris, notre illustre collègue venait de pratiquer à Angers, avec M. Denonvilliers, une nouvelle ovariotomie suivie d'un plein succès.

Ces observations n'ont pas encore été toutes publiées, surtout avec les détails circonstanciés qui permettent d'apprécier les véritables conditions du succès dans les réussites et les vraies causes de la mort dans les cas malheureux. Il est à désirer que chaque opérateur imite M. Spencer Wells, qui a déclaré, dès ses premiers essais, qu'il donnerait sans réticence l'histoire de tous les cas heureux ou malheureux de sa pratique, et qui, depuis lors, a tenu religieusement sa promesse. En attendant que ces éléments d'un jugement définitif aient le temps d'éclore chez nous, l'Angleterre est évidemment le terrain le plus favorable à l'observation des faits qui peuvent motiver le plus sûrement cet arrêt. D'autant mieux que nous suivons en France la méthode même instituée à Londres, et que M. Nélaton imite M. Spencer Wells dans les temps principaux de l'opération, dans la position de la malade, dans la constriction du pédicule de la tumeur, dans la réunion du péritoine et de la plaie abdominale.

J'ai été assez heureux pour voir pratiquer, pour la première fois, l'ovariotomie par cet habile opérateur, peu de jours après mon arrivée à Londres, et dans des conditions de difficultés et de complications qui augmentaient pour moi l'intérêt de l'observation. C'est par elle que je commencerai naturellement cette exposition.

L'opération fut pratiqué le 23 juin dans une maison particulière de Orchard Street, près de Portman Square, c'est-à-dire dans un de ces quartiers que le voisinage des Parks rend, à bon droit, les plus salubres de Londres. Malheureusement la patiente n'était pas dans des conditions de santé aussi satisfaisantes que celles du milieu.

La malade, âgé de 37 ans, mariée depuis six ans, sans enfants, était atteinte depuis environ un an d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gau-

che, de la pire espèce, avec éléments solides et adhérences multiples, diagnostiqués à l'avance, et n'ayant pourtant pas suffi pour constituer, aux yeux du chirurgien, une contre-indication absolue à une opération qui était la seule chance de salut. Elle était dans un état d'émaciation et de faiblesse extrêmes. Elle fut couchée sur une table étroite, préalablement chloroformisée et entretenue dans l'anesthésie tout le temps de l'opération, qui dura environ 25 minutes. Une sorte de tablier de caoutchouc largement échancré couvrait les membres inférieurs, le pubis, les flancs et les hypochondres, ne laissant à découvert que la tumeur autour de laquelle il adhérait.

M. Spencer Wells, placé à droite de la malade, fit une incision de 10 à 12 centimètres sur la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis. Il fut obligé plus tard de la prolonger un peu en haut et en bas pour faciliter l'extraction de la tumeur.

Arrivé sur le péritoine, il souleva cette membrane avec une petite érigne, comme dans l'opération de la hernie etranglée, l'incisa, et passa par cette ouverture, d'abord en haut, puis en bas, une sonde cannelée plate et large, sur laquelle il conduisit le bistouri, pour prolonger dans les deux sens l'ouverture de la séreuse, de manière à lui faire atteindre les limites de l'incision tégumentaire. Avant d'aller plus loin, il appliqua deux pinces à pression continue sur les ouvertures béantes de deux veines qui donnaient suffisamment de sang pour masquer les tissus sous-jacents. Du reste, ces pinces furent enlevées avant la fin de l'opération.

Il devint alors difficile de séparer le péritoine de la tumeur, qui lui adhérait si intimement sur presque tous les points qu'on ne pouvait distinguer le kyste de la séreuse. Après avoir rompu avec la main et la sonde cannelée, les adhérences les plus voisines de l'incision, le chirurgien plongea dans la tumeur son trocart, et, à l'aide d'un tube de caoutchouc ajusté sur la canule latérale de l'instrument, il vida la poche principale de plusieurs litres d'un liquide épais, filant, gris verdâtre, très-caractéristique. Les bords du kyste à demi vidé furent saisis et appliqués contre la canule du trocart par les fortes érignes adhérentes à cet instrument, de manière à empêcher l'évacuation du liquide dans la cavité abdominale.

Le ventre restant volumineux après l'évacuation complète du kyste principal, il était évident que la tumeur contenait d'autres kystes considérables. Sa tension avait pourtant assez diminué pour que le chirurgien dût essayer de rompre les adhérences en passant la main entre les parois de l'abdomen et celles de la tumeur. Mais ce temps de l'opération devint très-laborieux, par le fait de l'intensité des adhérences, et bientôt le kyste se rompit pendant ces manœuvres. Il fallut alors aller successivement à la recherche de toutes les adhérences, soit avec la portion pariétale du péritoine, soit avec sa portion viscérale sur plusieurs

anses d'intestin. Ces adhérences furent détachées avec soin, quelques portions de kyste abandonnées sur les points résistants pour éviter la déchirure des viscères, et, à mesure que le chirurgien cherchait à amener au dehors avec la poche principale les éléments profonds de la tumeur, celle-ci, cédant aux tractions, se laissa rompre alternativement sur plusieurs points, qui furent successivement amenés au dehors.

Plongeant alors la main dans l'abdomen et jusque dans la cavité pelvienne, M. Spencer Wells arracha et amena au dehors, à plusieurs reprises, des portions de tumeur auxquelles les kystes multiples de toute grosseur et les excroissances fongueuses donnaient l'apparence de ces tumeurs en forme de choux-fleurs, résultant du développement de l'encéphaloïde, bien qu'il n'entrât aucun tissu de cette espèce dans la composition de cet ovaire si profondément altéré, dont l'extirpation fut continuée de la même façon jusqu'à la fin, avec une rapidité et une habileté peu communes.

Les déchirures et l'extirpation de la tumeur par fragments donnèrent nécessairement naissance à une hémorrhagie qui s'arrêta lorsque, tout ayant été enlevé et la plus grande poche du kyste ayant été entièrement dégagée, le clamp fut appliqué et serré sur son pédicule.

Le chirurgien s'occupa alors à retirer successivement du bassin tous les caillots et les portions de kyste qui y étaient restés. Il coupa avec soin, à l'aide de ciseaux, toutes les parties du kyste qui étaient encore adhérentes sur quelques points à l'intérieur des parois abdominales. A l'aide d'un siphon en caoutchouc, il essaya d'aspirer et d'évacuer tout ce qui pouvait rester du liquide du kyste épanché dans la cavité pelvienne. Puis, avec des éponges fines, il essuya à diverses reprises toute la cavité abdominale, la portion pariétale, l'intestin, le bassin, de manière à faire, suivant l'heureuse expression de M. Worms dans la *Gazette hebdomadaire*, la toilette du péritoine.

L'hémorrhagie étant parfaitement arrêtée, sans suture et sans l'emploi d'aucun autre moyen, l'opérateur plaça le clamp dans l'angle inférieur de la plaie, coupa toute la portion du kyste qui dépassait cet instrument constricteur, et réunit la plaie abdominale par plusieurs points de suture profonde, avec une forte soie traversant le péritoine, espacés d'environ 2 centimètres, et par quelques points de suture superficielle. Un peu de *lint* fut interposé entre la face postérieure du clamp et la partie des lèvres de la plaie sur laquelle il reposait. Quelques larges bandelettes agglutinatives, assez longues pour s'étendre d'un flanc à l'autre, soutinrent l'action des points de suture, plusieurs couches de coton doux et bien cardé furent appliquées sur le ventre, et contenues par un large bandage de corps modérément serré.

La malade fut rapportée dans son lit et entretenue par des vessies de caoutchouc pleines d'eau chaude, dans un état de chaleur suffisant pour

empêcher le refroidissement et les premiers effets du choc auquel elle menaçait de succomber après une si grave opération.

Elle échappa d'ailleurs à ce premier danger ; mais ses forces ne se relevèrent pas, le pouls indiquait par sa petitesse et sa rapidité le danger de la situation, et, malgré des améliorations passagères qui donnèrent quelques lueurs d'espoir, elle succomba le quatrième jour, 80 heures après l'opération. Il n'y eut ni douleur, ni hémorrhagie, ni gonflement, ni tension du ventre, ni symptômes de péritonite ; la mort ne put être attribuée qu'à l'excès de l'affaiblissement.

M. Spencer Wells, qui n'en est pas à son coup d'essai, puisqu'il a pratiqué aujourd'hui 70 ovariotomies, et qui peut se permettre, sans danger pour sa réputation, des tentatives aussi périlleuses lorsqu'elles sont la seule chance de salut d'une malade vouée d'ailleurs à une mort certaine, ne tarda pas à prendre devant moi sa revanche.

Le 25 juin, il pratiqua sous mes yeux une deuxième opération aussi remarquable par sa simplicité que la première l'avait été par ses complications. C'était dans une maison de Allen Terrace, Kensington, c'est-à-dire encore dans un des quartiers les plus aérés et les plus salubres de Londres.

La malade était une demoiselle de 29 ans, atteinte depuis deux ans environ d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Le kyste paraissant d'abord uniloculaire et pouvant donner l'espoir d'être guéri par l'injection iodée, fut ponctionné une fois au mois de mars, c'est-à-dire environ trois mois avant l'opération. Mais son caractère ayant été mieux déterminé à la suite de cette ponction, le liquide s'étant reproduit promptement et l'absence d'adhérences donnant le gage d'un succès probable, l'extirpation fut décidée.

Les divers temps de l'opération : les incisions tégumentaire et péritonéale, la ponction de la tumeur, l'évacuation du liquide, l'extraction du kyste, l'application et la constriction du clamp, la section du pédicule, la suture se composant de quatre points de suture profonde et de trois points de suture superficielle, furent pratiqués avec autant de rapidité que de précision.

Le 30 juin, la menstruation survint, quatorze jours avant la période menstruelle normale.

Le 1er juillet, j'ai vu la malade et je l'ai trouvée très-bien. Le clamp et les points de suture avaient été enlevés la veille. L'arrivée hâtive de la menstruation avait causé un peu d'insomnie, de chaleur, de douleur abdominale ; mais la fréquence modérée du pouls, la souplesse du ventre, la facilité de l'alimentation, le contentement de la malade, faisaient augurer une heureuse issue, avec d'autant plus de

probabilité que le moment du danger était déjà passé. N'ayant pas reçu de ses nouvelles depuis cette époque, je n'hésite pas à la considérer comme guérie.

Une troisième opération fut pratiquée le 27 juin par M. Spencer-Wells dans des conditions identiques; et, bien que je n'aie pu y assister, les détails que j'en ai recueillis et les nouvelles que j'ai eues de la malade, m'autorisent à la compter comme un nouveau succès des ovariotomies que j'ai vu pratiquer pendant mon séjour à Londres.

Le 29 juin, je fus témoin d'une quatrième opération de M. Spencer-Wells. Cette fois, sans être aussi compliqué que le premier, le cas n'était pas aussi simple que les deux précédents.

C'était à Samaritan Hospital, Edward's Street, près de Hyde-Park, toujours dans des conditions topographiques très-hygiéniques.

La malade était une femme mariée, âgée de 49 ans, ponctionnée une fois avant l'opération, au mois de mai. La quantité de liquide évacué par cette ponction s'élevait à vingt et une livres anglaises. La tumeur était diagnostiquée multiloculaire, adhérente sur plusieurs points.

Les divers temps de l'opération ayant été exécutés, comme dans les observations précédentes, des difficultés sérieuses se produisirent par le fait des adhérences. Plusieurs de ces adhérences avec l'intestin durent être détruites avec des précautions infinies. La tumeur se rompit sur plusieurs points et dut être enlevée par fragments, comme dans la première observation; sa déchirure donna lieu à l'épanchement d'une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. Ce liquide, d'une couleur jaune-brunâtre, due sans doute aux matières grasses et à la cholestérine, pouvait être pris, à un examen superficiel et sauf l'odeur, pour de la matière fécale.

Le clamp fut appliqué comme d'habitude. Le péritoine et la cavité pelvienne furent essuyés avec soin et débarrassés des liquides épanchés, par l'introduction successive d'une trentaine d'éponges promenées dans tous les sens. Quatre points de suture profonde au-dessus du clamp et un au-dessous, plus deux points de suture superficielle, réunirent la plaie.

J'ai vu la malade le 3 juillet. Son état était entièrement satisfaisant. Aucun accident n'était survenu, et la guérison paraissait assurée.

La cinquième opération d'ovariotomie à laquelle j'assistai, fut pratiquée le 26 juin, par M. Tyler Smith, avec un succès auquel ce chirurgien paraît être habitué.

La patiente était une malade de Ste-Mary's Hospital, âgée de 38 ans, portant une tumeur multiloculaire, mais dont tous les kystes étaient

très-petits, sauf un seul qui, par son développement, avait déterminé toute la tuméfaction du ventre. Tout unique qu'il était, ce grand kyste paraissait d'abord double ou triple, et tout autre qu'un opérateur exercé s'y serait trompé. M. Tyler Smith pensa que cette apparence était produite par des adhérences de l'épiploon, et ce diagnostic fut justifié par l'événement pendant l'opération.

M. Tyler Smith chloroformise ses malades comme M. Spencer-Wells; mais il suit, sinon une méthode, du moins un procédé différent dans la position qu'il donne à la patiente, et dans plusieurs des temps de l'opération.

Observons d'abord qu'au lieu d'opérer dans l'hôpital, il eut soin de loger sa malade dans une maison particulière, située, si j'ai bonne mémoire, au nord de Regent's Park, c'est-à-dire dans un quartier très-aéré.

Quant à la position, il met la malade demi-assise, demi-couchée dans un grand fauteuil à dos très-renversé, et se place au-devant d'elle, entre les membres inférieurs tenus écartés par deux aides. Il trouve cette position plus favorable à l'évacuation du liquide.

Dans le cas dont je retrace ici le souvenir, M. Tyler Smith pratiqua sur les téguments, entre l'ombilic et le pubis, une incision latérale à 6 millimètres à peu près de la ligne médiane, d'une longueur d'environ 12 centimètres. Il divisa le péritoine sur une sonde cannelée ordinaire et arriva sur la tumeur.

Il passa alors la main, avec beaucoup de soin, de tous les côtés, entre la paroi abdominale et la surface du kyste, qui heureusement n'était pas énorme, ce qui permettait d'effectuer sans trop de difficulté cette manœuvre, à l'aide de laquelle les adhérences furent détruites une à une dans les quelques points où elles existaient. Elles étaient surtout remarquables entre la partie moyenne de la face antérieure du kyste et une bande du grand épiploon qui, par la constriction qu'elle avait exercée dans ce point, avait déterminé sur la tumeur une dépression selon une sorte de zone équatoriale, d'où l'apparence bilobée du kyste, et l'interprétation que le chirurgien en avait donnée avant l'opération. Ces adhérences épiploïques cédèrent d'ailleurs assez facilement, sauf quelques déchirures de l'omentum qui n'entraînèrent aucun accident.

La ponction fut faite avec un gros trocart ordinaire à gorge longue et très-évasée, en bec d'aiguière, par laquelle le liquide jaune-brun sale, filant et caractéristique du kyste, fut évacué dans plusieurs cuvettes placées successivement entre les cuisses de la malade. Les parois du kyste à demi-vidé furent saisies, à une petite distance de la ponction, par de fortes pinces érignes ordinaires, à mors très-résistants et dont la forme évasée des crochets permettait de les tenir appliqués, avec la portion du kyste saisi, contre la canule du trocart.

Après l'évacuation complète, l'extraction de la poche devint facile. On ne put néanmoins la terminer sans rompre quelques adhérences profondes du kyste avec l'intestin.

Le pédicule, saisi à pleine main et porté dans l'angle inférieur de la plaie, fut traversé dans son milieu par une aiguille portant un fil ciré double très-fort. Le fil ayant été dédoublé, un des chefs fut solidement serré autour de la moitié inférieure du pédicule, arrêté par un double nœud et coupé ras; l'autre chef exerça une constriction analogue sur la moitié supérieure du pédicule et fut renversé alors de manière à embrasser, dans une troisième ligature, la totalité du pédicule au niveau des deux premières. Ses deux chefs furent coupés ras. Le pédicule fut excisé immédiatement en dehors des ligatures, et son moignon remis en place dans le bassin, avec les trois anses qui le serraient abandonnées dans la cavité pelvienne comme ligatures perdues.

Les intestins soigneusement refoulés, dans le courant et à la fin de l'opération, à l'aide des mains avec interposition d'une flanelle douce, la plaie fut réunie par première intention à l'aide de huit à dix points de suture métallique, à fil d'argent, à plans superposés : les uns profonds comprenant le péritoine, les autres superficiels n'embrassant que la peau; tous bien serrés. Un linge huilé, du coton cardé très-doux et un bon bandage de corps complétèrent le pansement.

La malade replacée dans son lit, une sonde d'argent, analogue par sa courbure à celle qu'on emploie à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale, et munie d'un long tube évacuateur de caoutchouc, fut placée dans la vessie, pour éviter les moindres mouvements.

J'ai vu l'opérée le 3 juillet, sept jours après l'opération. Les points de suture avaient été enlevés; la plaie, complètement réunie, ne donnait pas de pus. Le ventre peu tuméfié était souple, sans douleur. L'état de la langue, du pouls et de toutes les fonctions était satisfaisant. Il n'était pas douteux que le rétablissement ne dût être complet.

La sixième opération d'ovariotomie dont je fus témoin, fut pratiquée le 5 juillet par M. Backer-Brown, à *London surgical Home*, hôpital particulier de ce chirurgien, situé à Stanley Terrace 18, Saint-John's Church, Nottinghill, c'est-à-dire, comme pour les opérations précédentes et plus encore si l'on peut dire, dans la partie de Londres la plus aérée, la plus hygiénique, et dans une maison de l'apparence la plus confortable.

Elle ne fut pas moins remarquable par les complications qu'elle offrit, que par l'habileté et la hardiesse avec lesquelles elle fut exécutée.

La malade, jeune femme de 25 à 30 ans, portait un kyste multiloculaire d'un moyen volume, qui donnait au ventre une apparence bosselée. Elle fut préalablement chloroformisée dans sa chambre, pen-

dant que M. Backer-Brown pratiquait une autre opération, et fut portée tout endormie dans la salle d'opérations, où elle fut couchée sur un lit étroit, le siége sur le bord du lit, faisant face au chirurgien, qui se plaça entre les membres inférieurs écartés et maintenus à droite et à gauche par deux aides.

Une longue incision pratiquée sur la ligne blanche, prolongée en haut et en bas de l'ombilic au pubis, pénétra rapidement dans la cavité péritonéale. Après avoir passé la main entre la paroi abdominale et les kystes, reconnu les rapports de la tumeur et rompu quelques adhérences antérieures et superficielles, pour arriver sur le kyste le plus volumineux, qui était un des plus profonds, M. Backer-Brown ponctionna celui-ci avec un gros trocart simple, et procéda à l'évacuation d'un liquide filant, jaune verdâtre, dont il remplit successivement deux grandes cuvettes.

Le kyste, saisi alors au-delà du trocart avec de fortes pinces érignes, fut peu à peu ramené hors du ventre. Il dépendait de l'ovaire droit. Il adhérait non-seulement à l'épiploon et à l'intestin, mais encore à l'utérus, ainsi qu'à l'ovaire et au ligament rond du côté opposé.

Ces adhérences furent déchirées avec rapidité, et le pédicule fut assez isolé pour recevoir l'application du clamp destiné à en opérer la constriction. Ce clamp est plus grand que celui de M. Spencer-Wells, et la partie qui opère la constriction ne se sépare pas des manches, comme cela a lieu pour ce dernier, ce qui augmente de beaucoup le volume et le poids de l'instrument qui doit rester sur l'angle inférieur de la plaie. Le kyste fut réséqué à une courte distance de l'instrument constricteur.

M. Backer-Brown, examinant alors l'ovaire gauche, y constata le commencement de formations cystiques qui faisaient présumer, pour un avenir peu éloigné, le développement d'une nouvelle tumeur. Il n'hésita pas à en pratiquer aussi l'extirpation, en ayant soin d'appliquer préalablement sur son pédicule (trompe et ligament de l'ovaire réunis) une forte ligature de fil ciré, serrée par un nœud double, et dont un des chefs, conservant toute sa longueur, fut placé dans l'angle inférieur de la plaie de manière à être arrêté sur les téguments.

La matrice, d'un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal, rouge, congestionnée, légèrement excoriée en plusieurs points sur sa face antérieure, par suite de la déchirure de ses adhérences avec le kyste, fut soulevée hors de la cavité pelvienne pour être soumise, ainsi que ses annexes, à un minutieux examen.

Le ligament rond gauche avait été coupé. Il fut lié, ainsi que deux points déchirés de l'épiploon, dont l'un très-rapproché de l'intestin, qui menaçaient de donner lieu plus tard à une hémorrhagie. Ces trois ligatures, faites avec un fil d'argent assez fin, dont les bouts tordus avaient

été coupés ras, furent abandonnées et renfermées avec les organes dans la cavité abdominale (ligatures perdues).

Le clamp, au-dessous duquel fut placé un morceau de *lint*, et le fil de la ligature du pédicule ovarique gauche placés dans l'angle inférieur de la plaie, les intestins doucement repoussés, et la cavité de la séreuse essuyée avec des éponges fines, la plaie fut réunie par sept points de suture en fil d'argent bien serrés et arrivant jusqu'au péritoine, s'ils ne le traversaient pas.

Le lendemain, il n'y avait pas de symptômes de péritonite; mais le ventre était légèrement tendu et le pouls avait une fréquence qui pouvait inspirer des doutes sur l'issue favorable de l'opération. Ayant quitté Londres ce jour-là, je ne pus suivre la marche des accidents ultérieurs. Mais j'ai su depuis que le 8e jour le clamp fut enlevé : la malade était alors sans douleur, son pouls calme, la plaie d'un très-bon aspect ; la ligature du second pédicule tenait encore.

Vous voyez, mon cher ami, que du 23 juin au 3 juillet, c'est-à-dire dans l'espace de dix jours, j'ai vu faire à Londres six opérations d'ovariotomie, dont quatre pratiquées en une semaine par un seul opérateur. Sur ces six opérations, je puis compter au moins quatre succès, en omettant la dernière opération, dont je n'ai pu constater les suites.

Ces chiffres prouvent suffisamment combien l'ovariotomie est entrée dans la pratique chirurgicale. Ils démontrent qu'elle réalise d'assez beaux succès pour qu'on doive lui accorder un rang honorable dans le cadre des opérations réglées, au même titre que la plupart des autres grandes opérations depuis longtemps en possession de notre confiance.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'à Londres même et dans le reste de l'Angleterre elle soit acceptée sans conteste. L'École chirurgicale qui la pratique aujourd'hui sur une si large échelle, vient à la suite de courageux opérateurs, dont les premières tentatives pour la faire entrer dans le domaine de l'art furent vivement disputées. L'ovariotomie a eu sa période militante, avant d'arriver à sa période triomphante. Il sera curieux de jeter un coup d'œil sur cette première époque.

De plus, il est nécessaire de discuter les raisons puissantes qui font adopter cette opération comme la seule voie de salut, par des chirurgiens ayant suivi avec soin l'évolution d'une maladie dont les ponctions, les injections iodées et les autres traitements ne parviennent qu'exceptionnellement à prévenir l'issue fatale. Il est nécessaire, après le tableau que j'ai cherché à vous retracer d'après les opérations que j'ai vu pratiquer, de dépouiller les statistiques sérieuses qui ont été publiées, pour y déterminer la moyenne des succès que l'on peut raisonnablement se promettre. Enfin, il est bon de faire intervenir à la fois, dans cette exposition, le souvenir des malades que j'ai observés n'ayant pas encore

été opérées, celui des succès récents et anciens que j'ai constatés à Londres et à Édimbourg, et même celui de la terminaison funeste de la maladie abandonnée à elle-même.

A l'aide de ces divers éléments d'appréciation, je compte justifier prochainement auprès de vous l'opinion favorable que je me suis formée à cet égard.

Deuxième Lettre.

De l'Ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez le sexe (*suite*).

Mon cher ami,

Je vous ai montré l'ovariotomie à l'œuvre. J'allais dire les ovariotomistes; mais les chirurgiens qui pratiquent cette difficile opération ne peuvent pas précisément accepter la qualification de spécialistes, qui semble toujours, aujourd'hui comme autrefois, n'élever l'habileté particulière de l'homme qu'en rabaissant un peu son talent général. Ils s'en défendraient, et ils feraient bien; car l'étendue et la variété de leurs connaissances leur donne droit à la fois à notre estime et à nos égards.

Je vous ai donc montré l'*ovariotomie* à l'œuvre. Je vais tracer en peu de mots la carrière qu'elle a parcourue, et apprécier, après les indications réelles de son application, les diverses méthodes de la pratiquer qui paraissent lui donner décidément des garanties de succès.

Quelque effroyable que soit cette opération, gardez-vous de supposer qu'elle n'eût jamais attiré l'attention des chirurgiens avant le commencement du siècle. Au contraire, nous sommes autorisés à penser qu'elle avait été conseillée, sinon pratiquée, il y a plus de deux cents ans[1]. Nous savons qu'il y a plus de cent ans, Delaporte et Morand la conseillèrent formellement, le premier la proposant, le second répondant à sa proposition par une affirmation encourageante[2].

---

[1] Voyez Chéreau; *Esquisse historique sur l'ovariotomie*, dans l'*Union médicale*, 1847, pag. 394 et suiv. — Consultez aussi, sur l'état de cette question avant ces dernières années : Ch. Bernard; *De l'ovariotomie*, revue critique dans les *Archives générales de médecine*, 5e série, tom. VIII, Paris, 1856; — et le *Bulletin des sciences de l'Académie impériale de médecine :* Discussion sur les kystes de l'ovaire, 1856.

[2] Morand, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, dit, à ce sujet : « Je crois qu'on doit louer M. Delaporte d'avoir osé, le premier, faire cette question, si on ne pouvait point extirper l'ovaire avec la ma-

De Haën la condamna ; et Morgagni, bien qu'il la regardât comme praticable dans quelques cas, la rejeta également par des raisons tirées de ses vastes connaissances anatomiques sur les adhérences et les dimensions du kyste, ou sur les dispositions anormales de son pédicule.

Mais John Hunter, dans ses *Leçons sur les principes de la chirurgie* (1786-87), dit, en parlant de ce qu'il appelle faussement les hydatides de l'ovaire : « Lorsqu'elles sont encore petites, elles sont peu adhérentes ; mais ensuite elles adhèrent l'une à l'autre et deviennent souvent assez volumineuses pour accroître le volume du ventre ; elles constituent alors l'hydropisie de l'ovaire.... La ponction est seulement un moyen palliatif ; il faut employer un gros trocart, car le liquide est ordinairement gélatineux ; par cette opération, une seule cellule est ouverte. Au début de leur formation, on pourrait pratiquer l'extraction des hydatides de l'ovaire, car elles rendent la vie pénible pendant une année ou deux, et finissent par amener la mort. Il n'y a aucune raison pour croire que les femmes ne pourraient pas supporter l'extirpation des ovaires, aussi bien que les autres femelles d'animaux ; il ne s'agirait que d'ouvrir la cavité abdominale, ce que l'on fait souvent sans inconvénient sur des sujets sains [1]. »

William Hunter, tout en la condamnant par le danger des trop grandes incisions, de la recherche du pédicule, de la déchirure des adhérences, de la blessure des intestins ou de l'artère ovarique, n'en donne pas moins en substance les préceptes dont on a fait la règle actuelle de l'opération. « Supposé même, dit-il, que l'on proposât de pratiquer une incision telle que l'on n'introduisît dans le ventre que deux doigts, puisque l'on ponctionne le sac et qu'on l'attire au-dehors afin de couper le pédicule près de la plaie abdominale ; à coup sûr ce procédé pourrait être admissible, mais encore faudrait-il que l'on pût distinguer les circonstances qui permettent ce mode de traitement [2]. »

En France, Sabatier et Boyer la condamnèrent. Ce dernier eut le tort d'engager l'avenir, en déclarant que cette opération ne serait vraisemblablement jamais pratiquée ; ce qui prouve une fois de plus qu'on ne doit pas condamner sans appel, même les opérations chirurgicales.

Pourtant, en 1795, Power exprimait formellement à son ami Darwin la résolution de tenter l'opération pour une maladie qui finit presque

---

ladie..... La chirurgie moderne, ajoute-t-il en terminant, est capable de grandes entreprises. » Voyez *Plusieurs mémoires et observations sur l'hydropisie enkystée et le skirre des ovaires*, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1753, tom. II, pag. 431-460.

[1] *Œuvres complètes*, trad. Richelot, tom. I, pag. 635.

[2] *Medical observations and Inquiries*, tom. I, pag. 41 et suiv.

toujours par devenir mortelle, et dont une autopsie récente venait de lui montrer à la fois la gravité naturelle et la curabilité chirurgicale probable; et Darwin ajoutait: «Un argument qui paraît en faveur de l'opération que *propose* M. Power, c'est que cette maladie affecte souvent les jeunes personnes; que chez elles, en général, elle est locale et idiopathique, et non, comme l'ascite, produite par la lésion de quelque viscère; et enfin, c'est qu'on la pratique avec succès chez les animaux adultes, quoique ceux qui la font n'aient aucune connaissance anatomique.»

L'idée d'extirper l'ovaire malade germait ainsi dans l'esprit des chirurgiens; elle y prit bientôt un certain développement, car elle fut admise par Chambon de Montaux [1] avec une résolution, une hardiesse même, qui témoignent un peu de son inexpérience chirurgicale, en même temps que de son érudition et de ses connaissances en anatomie pathologique. Il est curieux de rappeler qu'à cette époque elle fut défendue avec chaleur par deux jeunes médecins de l'École de Montpellier: par Latapie [2], et surtout par Samuel Hartmann d'Escher [3], qui décrivit, dans une thèse très-remarquable, la manière dont il conviendrait de la pratiquer, d'après la méthode exposée par feu M. Thumin, docteur en médecine de cette Université, dans un mémoire relatif à l'extirpation du squirrhe de l'ovaire.

C'est peu de temps après la publication de ce dernier travail que la première opération d'ovariotomie fut pratiquée aux États-Unis. On ne peut faire les honneurs de l'initiative à Laumonier, chirurgien de Rouen, qui, chez une jeune femme accouchée depuis six semaines, prenant pour un dépôt laiteux un abcès de l'ovaire ouvert dans la trompe et se vidant par l'utérus, se décida témérairement à faire, le long du bord inférieur de l'oblique externe, une incision de quatre pouces, à évacuer la poche ovarique, à s'assurer que l'ovaire était atteint dans son organisation de désordres irréparables, à détruire ses adhérences avec les parties voisines et à l'enlever [4].

Il paraît donc que c'est Ephraïm Mac Dowel (de Dansville, Kentucky) qui, en 1809, extirpa le premier kyste de l'ovaire sur une négresse, par une grande incision, et avec un tel succès, que le cinquième jour on trouva, dit-on, l'opérée faisant elle-même son lit. Il réussit également sur trois autres malades, mais il échoua sur une cinquième.

---

[1] *Maladies des femmes*, 1re édit, 1784, tom. II; et 2e édit, 5e partie: *Maladies à la cessation des règles*. Paris, an VII, pag. 293.

[2] Thèses de Montpellier, an V.

[3] Thèses de Montpellier, 1808.

[4] *Mémoires de la Société royale de médecine*, année 1782, pag. 296. Paris, 1787.

Il fut imité d'abord par les chirurgiens américains, ses compatriotes, notamment par Natham Smith (du Connecticut), qui, en 1821, extirpa un kyste uniloculaire, par une petite incision de trois pouces, avec un plein succès.

Il s'écoula un certain temps avant que l'ovariotomie fût importée des États-Unis dans la Grande-Bretagne. Les progrès de la physiologie ne furent pas étrangers à cette importation. Le docteur James Blundell disait, dans ses *Physiological Researches:* «De toutes les branches de la chirurgie, il n'en est pas qui admette de plus grands progrès que la chirurgie de l'abdomen.... L'extirpation de l'hydropisie enkystée de l'ovaire simple ou squirrheuse deviendra une opération d'un usage général.» En effet, en 1825, Lizars (d'Édimbourg) publia quatre ovariotomies pratiquées par lui. Dans la première observation, il y avait eu erreur de diagnostic, il ne trouva pas de tumeur; la malade se rétablit. Dans la deuxième, il ne put enlever qu'un des ovaires, qui étaient tous les deux malades; l'opérée se rétablit aussi. Dans la troisième, une tumeur volumineuse fut enlevée; la malade succomba. Dans la quatrième, les adhérences rendirent l'extirpation impossible; la malade guérit. — A la même époque, Granville fit deux tentatives malheureuses.

En 1835, Jeaffreson (de Framlingam, Suffolk), pratiqua une opération plus encourageante. Par une incision de un pouce et demi, combinée avec la ponction, il fit l'extirpation d'un kyste multiloculaire avec un plein succès. Il fut regardé par quelques-uns comme l'inventeur du procédé de l'incision courte, quoique Natham Smith eût pratiqué déjà l'opération de la même manière.

Les Anglais avaient pourtant continué à témoigner de l'éloignement pour cette opération, lorsque deux habiles chirurgiens, Charles Clay (de Manchester), 12 septembre 1842, et Henri Walne (de Londres), 6 novembre 1842, lui imprimèrent, par leurs tentatives hardies et leurs remarquables succès, une impulsion nouvelle. Leurs opérations et celles des hommes aussi convaincus qu'intrépides qui les suivirent dans cette voie, soulevèrent de vives critiques; mais si la manière dont elles furent accueillies devint plus d'une fois pour leurs auteurs la cause de tristes déceptions et même de découragement, elles n'en décidèrent pas moins, après plus de quinze ans de lutte, le triomphe de la méthode.

Il serait trop long de faire l'histoire de cette période militante de l'ovariotomie. Mais il est facile de s'en former une idée par les témoignages que des chirurgiens considérables ont donnés, à diverses époques, de leur éloignement pour cette opération. Sans parler des hommes détournés naturellement, par leur âge, des innovations que la témérité semble caractériser, ou de ceux que leur défaut d'habitude des opé-

rations praticables spécialement sur les organes sexuels de la femme, doit tenir dans une incertitude défavorable à l'approbation de l'ovariotomie, il est aisé de citer des autorités qui, même jusqu'à ce jour, ont refusé de l'admettre dans le domaine de l'art.

Ainsi, en 1850, M. Robert Lee [1] donna une analyse, ou plutôt un tableau statistique de 162 cas d'ovariotomie pratiqués dans la Grande-Bretagne, duquel il ressort que dans 60 cas, dont 19 ont été mortels, l'ovaire malade n'a pu être enlevé par l'opération, qui est restée incomplète; que des 102 cas restants, 42 se sont terminés par la mort, et qu'on ne connaît qu'imparfaitement l'état de santé actuel des 60 malades guéries. Il est démontré, dit-il, que dans le tiers environ du nombre total, avant d'ouvrir le péritoine il est impossible de dire s'il y a une maladie de l'ovaire; ou, en admettant qu'il existe un kyste ou une tumeur ovarique, de dire si son extirpation est praticable. On devine quelle est la conclusion de M. Robert Lee, relativement à l'opportunité d'une entreprise chirurgicale qui serait, d'après lui, aussi hasardeuse.

En 1858, M. Charles West [2] conclut d'une longue discussion portant sur 292 cas, que les chances d'achever l'opération sont de deux contre une, et que, si l'opération est menée à bonne fin, elles sont presque égales pour la mort ou le salut de la malade. « Trois raisons, ajoute-t-il : la grande mortalité que l'expérience et la dextérité n'ont pu parvenir à diminuer; le hasard inhérent à ces cas, même quand l'opération est spécialement indiquée; enfin, l'extrême incertitude dans laquelle on se trouve, même dans les cas les plus favorables, relativement à ses résultats probables, ont principalement contribué à former mon opinion, qu'en général l'essai de l'ovariotomie ne doit pas être tenté. »

Par contre, dès 1846, M. Simpson [3], sans l'avoir jamais pratiquée, justifiait l'ovariotomie de ces reproches, réfutait les objections qu'on lui adressait, et la déclarait praticable au même titre que toute autre grande opération. Depuis lors, il ne s'est pas contenté d'être favorable à l'ovariotomie et de lui accorder l'appui de son opinion; il vient de l'encourager encore de son exemple : il l'a pratiquée pour la première fois en juin 1863. Le succès qu'il a obtenu justifie son approbation et nous donne de nouveaux motifs d'espérer dans l'avenir de cette opération. J'y reviendrai, en vous parlant des suites de l'ovariotomie, et notamment de celles que j'ai constatées à Édimbourg.

---

[1] *Medico-chirurgical Transactions*, tom. XXXIV, pag. 10. London, 1851.
[2] *Lectures of the diseases of women*, pag. 581 et suiv., 2e édit. London, 1858.
[3] Voyez *The obstetric. memoires and contributions of James V. Simpson*, tom. I, pag. 263 et suiv. Edinburgh, 1855.

On peut remarquer aussi qu'à Londres, des chirurgiens étrangers à ce genre particulier d'opérations n'ont pas craint de l'aborder et de lui donner non-seulement l'appui de leur parole, mais celui de leur exemple. Ainsi, dans le tableau analytique de Robert Lee et dans les tables statistiques de John Clay, on trouve, parmi les noms des chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie, ceux de César Hawkins, de Paget, d'Erichsen, de Bird, de Dickson, d'Hutchinson, de Tanner, d'Aston Key, de Philips, de Fergusson, etc. Ce dernier s'est même exprimé à ce sujet dans les termes suivants : « Mon expérience personnelle dans l'ovariotomie est comparativement restreinte ; cependant, malgré les préventions que ma première éducation m'a données contre elle, je me sens disposé à reconnaître que l'extirpation d'une maladie aussi formidable, par l'un ou l'autre des divers procédés exécutés pour la première fois dans ce pays par M. Lizars, et pratiqués depuis par le docteur Clay, le docteur F. Bird, M. J.-B. Brown, M. Walne et autres, est non-seulement justifiable, mais en réalité, dans les cas heureusement choisis, une admirable opération [1]. »

Je ne prétends pas, mon cher ami, vous présenter ici une esquisse historique de cette opération ; j'ai rappelé quelques citations pour vous donner seulement une idée de la lutte qui a longtemps régné entre les partisans de l'ovariotomie et les chirurgiens dont l'opinion était défavorable à son introduction. Les documents précédents peuvent vous mettre à même de juger l'état actuel de la question ou plutôt celui dans lequel elle se trouvait avant ces dernières années, qui lui ont fait gagner beaucoup de terrain, même abstraction faite de son importation en France.

Si je voulais faire la simple énumération de tous ceux qui ont pratiqué l'ovariotomie en Amérique, en Angleterre et en Allemagne [2], il me faudrait dresser de longues listes dont la lecture offrirait d'ailleurs un médiocre intérêt. Je me borne à constater qu'elle a été souvent pratiquée dans ces pays, tandis qu'elle était restée inconnue ou repoussée en France. Il faut même convenir avec modestie que nous étions d'une prudence à nous faire passer pour rétrogrades, et que nous aurions été hommes à engager l'avenir dans la voie des timidités, en marchant sur les traces de notre trop sage Boyer, si Cazeaux, homme pourtant bien prudent, n'eût fait appel à l'expérience de cette sorte d'ostracisme,

---

[1] Fergusson ; *A system of practical surgery*, 3e édit., pag. 792.

[2] Les Allemands ont été particulièrement malheureux dans leurs tentatives d'ovariotomie. Bien que Dieffenbach, Kiwisch, Heyfelder, Siebold, Scanzoni, Langenbeck, l'aient pratiquée, il résulte d'un relevé de Simon que, sur 61 opérations, on n'a compté que douze guérisons radicales. (J. Worms ; *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*, pag. 8. Paris, 1860.)

et n'eût réservé la question pour l'examen de l'avenir, dans la discussion académique de 1856.

Du reste, vous trouverez tous ces noms avec les documents qui vous intéresseront au sujet de chaque opération, de l'âge de la malade, de la nature du kyste, du procédé opératoire, de la terminaison heureuse ou funeste, non-seulement dans le mémoire de Lee, déjà cité, mais surtout dans l'appendice que John Clay (de Birmingham), le neveu du docteur Clay (de Manchester), a ajouté à sa traduction de Kiwisch [1].

En France, quelques travaux intéressants peuvent être consultés avec fruit. Je citerai en première ligne celui de M. Jules Worms, qui a paru d'abord dans la *Gazette hebdomadaire* [2]; celui du docteur Ollier, qui a paru dans la *Gazette médicale de Lyon* [3]; celui de M. Labalbary, qui retrace surtout la pratique de M. Backer-Brown [4]; celui de M. Gentilhomme, dans la *Gazette médicale de Paris* [5], etc., sans compter les observations déjà publiées et les préceptes donnés par M. Nélaton et par ceux qui l'ont suivi dans la voie qu'il a ouverte.

Mais je veux parler seulement de ce que j'ai vu, et j'y reviens. Je regrette de n'avoir pu me rendre auprès du docteur Clay (de Manchester), celui de tous les chirurgiens qui a pratiqué le plus souvent l'ovariotomie. Heureusement j'ai rencontré les hommes qui ont marché presque les premiers sur les traces de Mac Dowel et de Lizars. J'ai vu ceux qui, sur les encourageantes assurances physiologiques de Blundel, ont repris l'opération en 1842 et 1843, avec une conviction qui, tout en produisant un heureux effet, ne suffit pas alors pour faire accepter leurs tentatives. Je puis vous parler de ces hommes et de quelques-unes de leurs malades qui ont été suivies jusqu'à ce jour. Enfin, après cette génération qui n'a pu parvenir à faire pénétrer l'ovariotomie dans la classe des opérations acceptées, j'ai vu les efforts d'une génération nouvelle qui a repris les mêmes tentatives avec autant de courage que son aînée, et cette fois avec un succès dont le caractère paraît devoir être plus décisif.

H. Walne fit sa première opération le 6 novembre 1842. Il publia ses trois premiers cas suivis de réussite en 1843 [6], un quatrième suivi de mort en 1844 dans le *London medical Gazette*. Je n'ai pu savoir si

---

[1] *Diseases of the ovaries*. London, 1860.

[2] *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.

[3] *De l'ovariotomie*. Paris, 1862.

[4] *Des kystes de l'ovaire, ou de l'hydrovarie et de l'ovariotomie*. Paris, 1862.

[5] *Essai sur l'ovariotomie*. (*Gaz. médic. de Paris*, 1862, pag. 529 et suiv.)

[6] *Cases of dropsical ovarian removed by the large abdominal section*. London, 1843.

tous les autres ont été publiés. Il opérait par la grande section, comme l'indique le titre même de son Mémoire, dans lequel on voit la figure d'un ovaire de 2 pieds 10 pouces de circonférence, extirpé tout entier, le kyste avec son contenu, par une longue incision de 14 à 15 pouces. Il liait séparément les artères du pédicule, puis il opérait sa constriction par une ligature simple ou double, et laissait habituellement celle-ci dans la cavité abdominale.

M. Lane commença ses opérations au mois de novembre 1843. Il en a fait 10, il a eu 8 succès. Les règles qu'il a suivies, d'après les renseignements qu'il a eu l'obligeance de me donner, sont les suivantes : Incision petite, ponction du kyste avec un trocart à canule munie d'un tube flexible pour faciliter l'évacuation du contenu; transfixion et constriction du pédicule par une ligature double, moignon du pédicule rejeté dans le bassin, sa ligature placée et maintenue dans l'angle inférieur de la plaie jusqu'au moment où elle se détache par le travail ulcératif naturel, réunion de la plaie abdominale par des fils de soie à un pouce de distance l'un de l'autre, arrivant jusqu'au péritoine sans le traverser, ôtés du cinquième au dixième jour.

Chez sa première opérée, il s'établit une telle suppuration autour du pédicule et de sa ligature, qu'il en sortit environ un demi-litre de pus par jour pendant quatorze jours. Néanmoins, la malade a guéri, elle a fait depuis lors six enfants, et a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé. Ordinairement il ne se produit qu'une petite quantité de pus sans péritonite. La ligature du pédicule tombe au bout de trois à six semaines.

M. Lane pense, d'après les résultats de sa propre pratique, que sur cinq opérations on doit avoir quatre succès. La tranquillité est le premier des soins. Presque toutes ses malades ont eu un commencement de péritonite : gonflement du ventre, hoquet, vomissements. Chez trois des malades sauvées, une saignée de huit onçes a été faite le deuxième jour qui a suivi l'opération. Les deux malades qui ont succombé sont mortes de péritonite le troisième jour; M. Lane regrette de ne les avoir pas saignées. Ordinairement il n'applique pas de sangsues. Dans les cas de péritonite traitée au début par la saignée, il a administré ensuite de l'opium à faibles doses et deux grains de calomel toutes les quatre heures. Du reste, on trouve un exposé des principales circonstances de ces cas dans les tableaux statistiques de Clay, à la suite de sa traduction de Kiwisch.

Après ces deux opérateurs, que j'ai signalés en première ligne comme initiateurs de l'ovariotomie en Angleterre et notamment à Londres, non-seulement parce que la date de leurs opérations le prouve, mais parce qu'on m'a paru les avoir un peu oubliés dans le mouvement que la discussion de cette importante opération a soulevé ces dernières années, on peut nommer, parmi ceux qui les ont suivis de plus près, qui ont le

plus opéré et qui ont, par conséquent, la plus contribué à préparer le triomphe de l'ovariotomie et notre jugement définitif sur cette opération, les docteurs Bird, Hutchinson, et surtout M. Backer-Brown, dont la première opération remonte à 1851.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'avril 1862, M. Backer-Brown a pratiqué 42 opérations dont il a donné l'histoire détaillée, accompagnée d'un tableau statistique [1]. Il résulte de ce tableau que de 42 opérées, 22 ont été sauvées; mais il est remarquable que la proportion des succès augmente à mesure qu'on se rapproche davantage des dernières années, et je ne doute pas que cette proportion ne soit plus favorable encore à l'opération pour les derniers cas qui se sont présentés pendant l'année qui vient de suivre la publication de son livre. Je vous ai raconté l'opération que je lui ai vu pratiquer à *London surgical home*, et j'ai été heureux de constater que, malgré les accidents qui l'ont compliquée et la gravité des divers temps, la malade était, le huitième jour, dans un état de santé satisfaisant et de nature à faire espérer une guérison définitive.

M. Spencer Wells [2] a fait sa première opération au commencement de l'année 1858. Depuis cette époque jusqu'au moment de mon départ de Londres (juillet 1863), il n'en a pas pratiqué moins de 70, sur lesquelles il compte 22 décès. Mais si nous décomposons ce nombre total, nous remarquons que sur les 50 premières opérations consignées sur un tableau publié par M. Spencer Wells à la fin de 1862, il y a 33 guérisons et 17 morts; tandis que sur les 20 dernières opérations pratiquées dans les six premiers mois de l'année 1863, il y a 15 guérisons et seulement 5 morts; c'est-à-dire que la proportion des guérisons augmente d'une manière si sensible, qu'aujourd'hui on peut dire que ce chirurgien sauve 3 opérées sur 4, ou 75 pour 100.

M. Tyler Smith [3] n'a commencé à opérer qu'à la fin de l'année 1860. Son adhésion à l'ovariotomie provient, dit-il, des continuelles déceptions que lui ont données les résultats des autres méthodes de traitement durant vingt ans de pratique privée et hospitalière. Les beaux succès qu'il a obtenus dans cette courte période ne lui donnent pas sujet de s'en repentir; car, en comptant l'observation que j'ai rapportée ci-dessus, il a pratiqué en tout 17 opérations, dans lesquelles il compte 14 guérisons et seulement 3 morts; c'est-à-dire qu'il a sauvé plus de 4 opérées sur 5,

---

[1] *On ovarian dropsy, its nature, diagnosis and treatment.* London, 1862.

[2] *On the treatment of large ovarian cysts and tumours, reprinted from the British medical Journal.* London, 1862. — *Table of cases to accompany M. Spencer Wells paper on the history of ovariotomy in Great-Britain.* London, déc. 1862.

[3] *Transactions of the obstetrical Society*, tom. III, pag. 41. London, 1862.

ou un peu plus de 82 pour 100. Il attribue ce beau succès au soin qu'il met à saisir les vraies indications de l'ovariotomie, à opérer surtout des cas simples ou des tumeurs d'un moyen volume et, autant que possible, n'ayant pas subi de ponctions antérieurement à l'extirpation.

Je vous ai dit qu'à Édimbourg j'ai vu la première opérée de M. Simpson, et que je l'ai trouvée guérie.

Le docteur Thomas Keith [1], que j'ai rencontré chez M. Simpson, a pratiqué depuis huit mois 5 ovariotomies; il a obtenu 4 guérisons et n'a perdu qu'une malade. Chez cette dernière, le kyste était énorme, il pesait 65 livres 9 onces. La malade, très-affaiblie et excessivement maigre, succomba subitement dans le courant du premier jour, au moment où la garde fit l'imprudence de la lever sur son séant, probablement par affaissement (*exhaustion*); car on constata à l'autopsie, avec l'intégrité du pédicule, l'absence d'hémorrhagie et de toute autre cause apparente de mort.

J'ai vu une des opérées guéries par le même chirurgien : sa santé était parfaite et lui permettait de vaquer à tous les soins du ménage ; la cicatrice, très-ferme, présentait seulement une petite tumeur formée par l'issue de l'intestin sous la peau au moment des efforts, et facilement contenue par un bandage simple.

Le jour de mon arrivée à Londres, j'avais vu une autre malade récemment opérée par M. Spencer Wells, et je l'avais trouvée dans un état de santé très-satisfaisant.

Enfin, vous savez qu'en France nous comptons aussi quelques beaux résultats[2]. Dans le mouvement qui s'est produit en faveur de l'ovariotomie depuis dix-huit mois, le premier succès a été obtenu le 2 juin 1862 par M. Kœberlé (de Strasbourg). Depuis ce jour jusqu'à aujour-

---

[1] *Cases of ovariotomy, reprinted from the Edinburgh medical Journal*, 1862-1863.

[2] Bien que l'ovariotomie ne se soit introduite en France que tout récemment, il est intéressant de signaler deux premiers essais faits dans notre pays, l'un depuis près de vingt ans, l'autre depuis plus de quinze. Ces deux essais, faits par des chirurgiens de province, furent deux succès.

La première opération de ce genre a été faite en France le 29 avril 1844, par M. Woyerkoski, à Quingey (Doubs). Il s'agit d'une tumeur ovarique pesant 6 livres 1/2, compliquée d'un épanchement considérable dans l'abdomen, enlevée par l'ouverture de la paroi abdominale. Le pédicule fut lié. La malade guérit parfaitement et eut plusieurs enfants. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1847.)

La seconde opération, qui est aussi un succès, a été faite le 15 septembre 1847, par M. Vaublegeard (de Condé-sur-Noireau). Kyste de l'ovaire multiloculaire du poids de 18 livres, enlevé par le procédé ordinaire. Ligature du pédicule. Guérison complète vingt-cinq jours après l'opération. (*Journal*

d'hui, huit opérations ont été pratiquées par le même chirurgien, qui a obtenu six succès, et n'a perdu que deux malades : la cinquième opérée morte d'hémorrhagie pulmonaire au quatrième jour, et la septième d'une simple tympanite au huitième jour[1]. Je vous ferai observer en passant que, dans sa sixième opération, couronnée de succès, il a même extirpé la portion sus-vaginale, c'est-à-dire le corps entier de l'utérus, ce qui m'amènera à vous parler plus tard d'un autre ordre d'opérations : l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines, pédiculées ou saillantes dans l'abdomen, auxquelles l'ovariotomie a ouvert la voie. Je reviendrai aussi sur ce qu'il y a de particulier dans les procédés opératoires de M. Kœberlé.

Voilà donc où nous en sommes aujourd'hui, en fait de statistique de l'ovariotomie. Ces résultats doivent servir de base à nos appréciations actuelles, de préférence à ceux qui sont consignés dans les relevés de R. Lee, de Fock, de J. Clay, etc., où le chiffre supérieur de la mortalité s'explique aisément par les erreurs de diagnostic et par l'imperfection relative des premiers procédés opératoires. On peut donc, avec encore plus d'autorité que M. Simpson n'avait pu le faire[2], assurer aujourd'hui que la mortalité à la suite de l'ovariotomie est moindre que la mortalité à la suite de la désarticulation de la hanche, des amputations de la cuisse ou du bras, de la ligature de l'artère sous-clavière, de la lithotomie chez l'adulte, de la hernie étranglée, et de toutes les opérations légitimement admises dans la pratique chirurgicale. Cette conclusion est d'autant plus rigoureuse que la maladie pour laquelle on entreprend l'extirpation de l'ovaire est une maladie mortelle de sa nature, et habituellement incurable par d'autres moyens, sauf un petit nombre d'exceptions.

---

des connaissances médico-chirurgicales, juin 1848, et *Gazette des hôpitaux*, 1848, pag. 92.)

Ces opérations n'eurent que très-peu de retentissement, et personne ne suivit l'exemple de ces chirurgiens hardis. (Gentilhomme; *Essai sur l'ovariotomie*, in *Gazette médicale de Paris*, 1862, pag. 530.)

[1] Communication particulière de M. Kœberlé.

[2] Déjà M. Simpson avait fait remarquer, contre l'opinion précédemment citée de West et de tous ceux qui prétendent que l'opération est aussi fatale aujourd'hui qu'elle l'était dans le principe, que le docteur Atlee compte :

Dans les 101 premières opérations....	1 mort sur 2 25/38
Et dans les 78 dernières seulement...	1 mort sur 3 5/7

En Angleterre le docteur Clay compte :

Dans les 20 premières opérations.....	1 mort sur 2 1/2
Dans les 20 secondes................	1 mort sur 3 1/3
Dans les 20 dernières...............	1 mort sur 4

Le moment est venu de jeter un dernier coup d'œil sur les objections que l'on a élevées contre cette opération ; je pourrai préciser ensuite les indications qui autorisent à la tenter.

A vrai dire, mon cher ami, les objections ont été plutôt déclamatoires que positives. On n'a pris la peine ni de comparer les résultats de l'ovariotomie à ceux des grandes et dangereuses opérations, ni de discuter sérieusement les vraies causes de ses dangers. Pourtant, il y a quelque chose de spécieux dans la manière dont la question a été traitée ; il y a même quelque chose de fondé, ou, jusqu'à un certain point, d'autorisé, par des comparaisons imparfaites, dans nos préjugés à cet égard et dans les terreurs, qualifiées de paradoxales par les ovariotomistes, que les plaies de l'abdomen ou l'ouverture du péritoine nous inspirent.

Pour ce qui est de la comparaison de l'ovariotomie avec les grandes opérations, nous avons vu, sans avoir besoin de mettre en regard des statistiques gravées dans l'esprit de tous les chirurgiens, que l'ovariotomie, telle qu'elle est pratiquée et qu'elle réussit dans ces dernières années, donne moins de mortalité que l'opération de la hernie étranglée, de la lithotomie chez l'adulte, de la ligature de la sous-clavière, des amputations de la cuisse, etc. ; c'est-à-dire de toutes les grandes opérations chirurgicales indiquées et pratiquées journellement pour des lésions incurables chez des sujets dont elles sont la seule chance de salut.

La comparaison ne serait pas acceptable si les tumeurs de l'ovaire étaient curables par des opérations moins périlleuses. Mais nous verrons bientôt que, sauf un petit nombre d'exceptions qu'on peut dérober à l'ovariotomie par des essais préalables, et pour lesquelles il est de règle de faire la tentative des ponctions ou des injections iodées, les kystes de l'ovaire, surtout les kystes multiloculaires et ceux qui se compliquent de la présence de tumeurs solides, sont nécessairement mortels dans un temps variable, mais relativement assez court ; que l'époque de la mort est avancée plutôt que retardée par les ponctions et les injections iodées ; que l'extirpation, enfin, est la seule chance de salut pour les malades. Cette élimination des cas heureux, ces tentatives préalables et la certitude de la léthalité de la lésion, mettent dès-lors les kystes, pour lesquels l'extirpation est indiquée, au même rang que les maladies qui réclament quelqu'une des grandes opérations chirurgicales dont nous avons parlé, et placent l'ovariotomie au même rang que ces opérations. L'ovariotomie est donc admissible au même titre que les autres, si elle donne des résultats aussi satisfaisants.

Quant aux véritables causes de ses dangers, la plus grande objection qu'on ait faite à l'ovariotomie est la nécessité d'ouvrir largement

le péritoine. Mais c'est un préjugé de croire que les plaies étendues de cette membrane soient nécessairement fatales. Blundel, célèbre médecin anglais que j'ai déjà cité, s'est efforcé de démontrer, il y a plus de quarante ans, dans un petit mémoire imprimé dans ses *Physiological Researches*, que le danger de la péritonite consécutive aux lésions locales du péritoine a été exagéré, et il en appelait à la postérité de l'opinion contraire de ses contemporains. Il est certain que la postérité a répondu à son appel. Quand on pense aux grandes plaies faites par Mac-Dowel, Walne, Clay et plusieurs autres, pour permettre à des tumeurs volumineuses d'être extraites de la cavité abdominale sans avoir été préalablement ponctionnés, on ne peut douter de la tolérance relative du péritoine pour les longues incisions. Il est vrai qu'on regarde comme un progrès la réduction de l'incision aux plus petites dimensions possibles; mais l'incision elle-même, quelles que soient ses dimensions, ne paraît pas avoir une influence directe sur le développement de la péritonite.

Du développement de la péritonite après l'opération de la hernie étranglée et après les autres opérations dans lesquelles on est amené à ouvrir le péritoine par suite d'inflammations traumatiques ou viscérales, on avait argüé contre l'ouverture de cette séreuse pour aller à la recherche des kystes de l'ovaire. Mais l'expérience prouve que l'on avait jusqu'ici mal jugé ou imparfaitement déterminé les causes de la péritonite et les conditions de la léthalité dans ces divers cas. D'après les succès obtenus dans les dernières ovariotomies, il semble que la cause de la péritonite soit moins l'ouverture du péritoine que l'inflammation commençante de cette membrane, sous l'influence d'un traumatisme antérieur, ou de l'extension progressive d'une inflammation viscérale, ou de la présence d'un corps étranger, surtout du pus, à sa surface.

On n'a pas remarqué en effet que, dans les cas de traumatisme, de plaie abdominale, surtout avec plaie des intestins accompagnée souvent d'épanchement de matières, d'étranglement confirmé par la crainte de débrider, d'hémorrhagie, d'inflammation viscérale, etc., les conditions sont loin d'être les mêmes que dans les cas de l'incision peu étendue d'un péritoine relativement sain, et de l'ablation d'une tumeur jouant, par rapport à cette séreuse, le rôle de corps étranger. On n'a pas remarqué que dans les cas de hernie étranglée, lorsqu'on n'opère pas dans les premières heures, l'inflammation s'est déjà développée dans les tuniques de l'intestin, y compris la séreuse; que les tentatives infructueuses et d'autant plus laborieuses de réduction ont ajouté l'influence du traumatisme à celle de l'étranglement; que cette inflammation revêt rapidement le caractère gangréneux; que la funeste habitude de provoquer par des purgatifs les contractions intestinales tend à la propager au lieu de l'amoindrir; que les plus grandes chances de succès, dans ce cas,

sont de prévenir le développement de l'inflammation, avant et après l'opération, par des applications de glace, d'opérer de bonne heure, d'éteindre enfin, par l'administration de l'opium et la diète absolue, la sensibilité et la contractilité de l'intestin pendant les premiers jours. On n'a pas remarqué que, dans les cas de rupture d'un kyste, d'épanchements sanguins ou de formations purulentes rapides dans le péritoine, le danger tient précisément à la production de ces corps étrangers, à leur contact et au développement ou à la propagation de la purulence déterminée par leur action soudaine, irritante, et continue sur la séreuse.

La preuve qu'il en est ainsi, c'est que, dans les cas où la nature, au lieu de tendre vers la résolution de ces inflammations, de ces tumeurs sanguines ou de ces épanchements purulents, semble tendre au contraire à leur augmentation, un moyen qui a réussi à prévenir l'extension de la péritonite et à faciliter sa résolution dans les parties où elle s'était allumée, c'est justement l'évacuation du liquide étranger, soit directement, soit par le vagin, à l'aide d'une ponction dans le cul-de-sac utéro-rectal. Je trouve dans mes observations deux exemples de l'efficacité de ces manœuvres à la suite de l'ovariotomie, et, par conséquent, de nouvelles preuves des véritables causes de la péritonite, de celles contre lesquelles il importe de se tenir armé plutôt que d'accuser les incisions, dont l'innocuité relative est mise ainsi dans une nouvelle lumière. Je cite ces deux exemples remarquables.

La quatrième malade opérée par M. Keith, à Édimbourg, le 31 mars 1863, Mlle H.... âgée de 27 ans, portait un kyste multiloculaire volumineux, développé depuis trois ou quatre ans, pesant plus de 120 livres; le ventre mesurait 37 pouces du cartilage ensiforme au pubis, il avait 52 pouces de tour au niveau de la pointe du sternum et 62 au niveau de l'ombilic, qui arrivait jusqu'aux genoux. La malade était très-maigre, très-faible, dans un état d'émaciation complète. L'opération fut difficile; elle dura si longtemps que la malade dut rester chloroformisée pendant deux heures. L'incision abdominale fut de 16 pouces. Il y avait des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, l'épiploon et les fosses iliaques internes; heureusement il n'y en avait pas avec l'intestin. Il n'y eut pas à faire de ligature. Plusieurs ponctions (5 ou 7) furent successivement pratiquées pour vider les poches, et malgré cela il restait à extraire une masse énorme composée de petits kystes, ce qui justifia les dimensions de la section abdominale. La suture entortillée fut appliquée à la plaie et le clamp au pédicule, comme toujours. Le clamp tomba le douzième jour; le pédicule fut touché avec le perchlorure de fer. Après la chute du clamp, il se développa une péritonite, avec un commencement d'épanchement, dans le péritoine pelvien, et la menace d'un danger prochain. Le seizième jour, M. Keith fit une *ponction vaginale dans le cul-de-sac utéro-rectal*; cette petite opération amena immédiatement

l'évacuation d'une liqueur fétide, et consécutivement la cessation de tous les accidents. La malade fut rétablie en six semaines.

La quatrième opération d'ovariotomie de M. Kœberlé (de Strasbourg)[1] a été pratiquée sur une jeune fille de 23 ans, dont la tumeur ovarique multiloculaire avait été ponctionnée plusieurs fois à des intervalles de plus en plus rapprochés. La guérison, qui pouvait être considérée comme complète le dixième jour, a été entravée par une hémorrhagie consécutive, à la fois interne et externe, de l'artère ovarique, survenue au douzième jour, par suite de la traction subie par le pédicule qui était fixé dans l'angle inférieur de la cicatrice. L'hémorrhagie, arrêtée pendant un jour et demi par une compression méthodique, s'est reproduite en même temps qu'il est survenu des symptômes de péritonite. «Alors, dit M. Kœberlé, je n'ai plus hésité; *j'ai déchiré la partie inférieure de la cicatrice*, j'ai mis en liberté le pédicule, dont l'artère ovarique a été saisie et maintenue dans une pince laissée à demeure, et *j'ai extrait de la cavité abdominale les caillots, qui répandaient une odeur ammoniacale prononcée*. Dès le vingt-quatrième jour, l'opérée se levait, et le trente-deuxième jour (le 20 janvier), elle pouvait être considérée comme étant complètement guérie. L'hémorrhagie et les accidents consécutifs n'ont retardé que de quelques jours la guérison parfaite.»

Il m'a paru, mon cher ami, qu'il n'était pas inopportun de citer ces exemples, pour arrêter nos idées sur les véritables causes de la péritonite à la suite des plaies abdominales pénétrantes. Ne vous semble-t-il pas résulter des faits que la plaie elle-même a peu d'influence sur son développement, tandis qu'il n'en est pas de même du corps étranger, surtout s'il est volumineux, liquide, se répandant par suite sur divers points, malaisé à enkyster, tel que le sang; par-dessus tout, d'une multiplication facile, tel que le pus qui engendre si facilement le pus; enfin, que l'inflammation déjà développée, que son extension, que celle de la suppuration ou de tel autre acte morbide, sont, comme la présence de corps étrangers, des conditions éminemment favorables au développement de cette terrible inflammation de la séreuse abdominale? Je ne crains pas de me tromper en concluant, de l'examen des observations, que ce sont là les vraies conditions, sinon les seules, de la péritonite.

A ce point de vue, il y a des procédés opératoires de l'ovariotomie difficiles d'abord à comprendre, et dont on s'explique aisément les succès analogues quoique inégaux, dont on s'explique en même temps les diverses péripéties, en tenant compte des considérations précédentes,

---

[1] Communication à l'Académie des sciences, 16 février, 1863.

et en réformant petit à petit, à la lumière des faits, nos opinions sur les conditions réelles du développement de la péritonite.

Ainsi, vous vous rappelez que M. Lane, qui a obtenu d'assez beaux succès, puisqu'il a sauvé huit malades sur dix opérées, fait la ligature du pédicule, qu'il laisse retomber dans le bassin, tandis que le fil de la ligature passe dans l'angle inférieur de la plaie et est retenu au dehors. J'ai vu pratiquer de la même façon par M. Backer-Brown la ligature d'un des deux ovaires qui furent extirpés simultanément sur une femme dont le rétablissement est probable, d'après ce que j'ai déjà raconté. Or, vous vous rappelez que M. Lane reconnaît avoir observé chez presque toutes ses malades un commencement de péritonite, et la sortie le long du fil, par l'angle inférieur de la plaie, d'une quantité de pus habituellement médiocre, exceptionnellement considérable. N'est-il pas probable que le commencement de la péritonite a pour conséquence l'adhérence des surfaces séreuses en contact, comme pour les lèvres de la plaie, et la formation, le long du fil, d'un canal adventif qui isole ce corps étranger du reste du péritoine et qui permet au pus de s'écouler au dehors, sans déterminer l'extension de la pyogénie et de l'inflammation au reste de la séreuse, jusqu'au moment de la chute de la ligature?

Vous vous rappelez que M. Tyler Smith, qui a obtenu des succès plus remarquables encore, puisque sur dix-sept malades il en a sauvé quatorze, fait également la ligature du pédicule, mais qu'il coupe les fils au ras du nœud, et qu'il rejette le pédicule avec sa ligature dans le bassin. Chez une de ses malades, morte après quelques semaines d'une maladie aiguë de poitrine, et sans aucun accident du côté de l'abdomen, il a eu l'occasion de vérifier, par l'autopsie, l'état dans lequel se trouvent le pédicule, la ligature et les surfaces séreuses voisines, à la suite de la guérison. Il a trouvé simplement le moignon du pédicule et l'anse de fil entourés ensemble par des adhérences qui les unissaient à la portion voisine de la séreuse, et les isolaient du reste de la cavité péritonéale. Il en est certainement de même des autres ligatures perdues, comme celles que je vous ai dit avoir vu appliquer sur trois vaisseaux de l'épiploon pour prévenir l'hémorrhagie, et qui ne peuvent manquer de s'enkyster d'abord, en supposant qu'elles puissent être résorbées plus tard, ce qui est possible pour les ligatures en fil de fer ou d'argent; mais ce qu'il est assurément plus difficile d'admettre pour les ligatures de fil ou de soie dont se sert M. Tyler Smith.

Les opérateurs qui n'introduisent aucun corps étranger dans le péritoine, ont plus de chances encore d'éviter la péritonite, à moins de déchirures, d'adhérences très-étendues, de tiraillements excessifs du pédicule, etc. Il résulte, en effet, des observations de M. Spencer Wells, que les causes les plus fréquentes de la mort sont la faiblesse,

la phlébite, l'infection purulente, la fièvre pyémique ou putride, tandis que la péritonite en est la cause la plus rare.

Ne vous paraît-il pas maintenant qu'on peut conclure, de ce qui précède, que l'ouverture du péritoine n'est pas précisément la cause de la péritonite ? Que cette membrane, pourvu qu'elle ne soit pas trop longtemps soumise à l'air, trop déchirée, trop exposée au contact des corps étrangers, du sang, du pus, etc., ou à la propagation d'actes morbides existants dans les organes qu'elle recouvre, a des dispositions remarquables à supporter un traumatisme passager, et une tendance très-grande à borner par l'adhésion de ses surfaces, soit sa communication avec l'extérieur, soit l'influence du contact d'un corps étranger d'une petite dimension, et à prévenir par conséquent le développement de l'inflammation proprement dite, sur toute son étendue ? Qu'enfin, en la mettant dans les conditions les plus semblables à celles que nous venons d'énumérer, on peut raisonnablement espérer de prévenir la péritonite, et qu'on ne peut plus faire, par conséquent, du développement nécessaire et fatal de cette inflammation, une objection sérieuse ou irréfutable contre la pratique de l'ovariotomie ?

Je crois que la réfutation de ces deux principales objections, la mortalité et la péritonite, entraîne avec elle la réfutation de toutes les autres.

En effet, on ne peut pas dire que l'opération n'est pas nécessaire, puisque, dans les cas où la ponction et l'injection iodée sont insuffisantes, elle est, comme nous le montrerons bientôt, la seule chance de salut pour les malades.

On ne peut pas dire non plus que la condition des opérées n'est pas améliorée après l'extirpation, puisque l'on connaît aujourd'hui un grand nombre de femmes, comme celle dont nous avons précédemment cité l'observation, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations, comme elles le faisaient autrefois avant l'apparition et le développement de leur tumeur; puisque l'on en connaît même, à l'exemple de la malade de M. Lane dont nous avons parlé, qui ont fait des enfants après leur rétablissement.

Peut-on objecter que la maladie est sujette à récidive? Elle l'est infiniment moins qu'aucune de celles pour lesquelles on pratique les grandes opérations, telles que calculs vésicaux, tumeurs cancéreuses, tubercules ou carie des os, etc. La récidive est impossible pour le côté malade, car, l'ovaire ayant été enlevé tout entier, de nouveaux kystes ne peuvent pas se former dans le pédicule, qui ne renferme aucun des éléments d'un nouveau développement kystique. Elle est possible tout au plus pour l'ovaire de l'autre côté; mais à cet égard nous ferons deux remarques.

La première, c'est que dans ce cas on a pratiqué l'ovariotomie avec

succès deux fois chez la même malade. Le docteur Atlee (de Philadelphie) a opéré avec bonheur une malade chez laquelle le docteur Clay avait extirpé avec un égal succès une tumeur ovarienne six ans auparavant. Une malade de M. Spencer Wells, âgée de 42 ans, fut opérée par ce chirurgien en mai 1862, et une seconde fois, pour l'autre ovaire, en janvier 1863. Dans ce cas, l'opération n'a pas présenté de difficultés extraordinaires [1].

La seconde, c'est que chaque fois qu'un ovaire malade est enlevé, l'autre ovaire doit être examiné avec soin, et que si l'on y découvre un commencement de productions cystiques, il est prudent de l'extirper en même temps que le premier, comme je l'ai vu faire à M. Backer-Brown dans l'opération dont j'ai relaté plus haut l'observation.

Enfin, l'objection la plus sérieuse peut-être, c'est que le diagnostic de la maladie est quelquefois incertain, et que les conditions de la tumeur ne peuvent pas être toujours rigoureusement déterminées. Cette incertitude et ces difficultés entraînent des complications si graves dans l'exécution de l'opération, que, dans un certain nombre de cas, celle-ci n'a pas pu être terminée. Mais, outre que les éléments de diagnostic se sont multipliés en même temps que le nombre total des opérations, et notamment le nombre des opérations difficiles s'est accru; outre que le diagnostic différentiel entre les tumeurs adhérentes et les tumeurs non adhérentes s'est perfectionné, il est aisé de comprendre que cette objection tombe devant la nécessité de ne pas entreprendre l'opération sans avoir préalablement déterminé l'absence d'adhérences ou la probabilité de la facilité qu'on aura à les rompre lorsqu'on les rencontrera. Ainsi, j'ai vu avec M. Simpson une jeune demoiselle de 15 ou 16 ans atteinte d'un kyste multiloculaire s'élevant jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, qui, après la ponction de plusieurs des kystes composants, ne se montrait susceptible d'aucune rétraction ni d'aucun déplacement. Il est évident que, dans ces circonstances, l'opération est contre-indiquée, et que la maladie paraît inévitablement mortelle; mais c'est un cas à rapporter aux contre-indications naturelles de l'ovariotomie. Heureusement ces cas sont rares, relativement au grand nombre de kystes qui sont opérables. Nous les rappellerons en énumérant les indications et les contre-indications de l'opération.

---

[1] *Société royale de médecine et de chirurgie*, 9 juin 1863. Voyez *The British Medical Journal*, 27 juin 1863.

Troisième Lettre.

De l'ovariotomie *(suite et fin)*. — **Extraction des fibroïdes utérins. — Ablation de l'utérus.**

Mon cher ami,

Les indications et les contre-indications de l'ovariotomie deviennent tous les jours, malgré quelques incertitudes, plus faciles à déterminer. Sous ce rapport, il est des tumeurs que l'on peut abandonner à elles-mêmes; il en est que l'on peut traiter par la ponction ou par les injections iodées; il en est d'autres que l'on doit extirper; il en est enfin pour lesquelles on doit s'abstenir, sous peine de compromettre l'art en entreprenant des opérations impossibles et en y soumettant des malades incurables.

Il est des tumeurs, dis-je, que l'on peut abandonner à elles-mêmes. Il en est qu'un traitement simplement palliatif suffit à modifier assez pour les rendre tolérables, ou même pour mettre en jeu les efforts curateurs de la nature et amener peu à peu leur diminution, sinon leur disparition, de manière à faciliter le rétablissement fonctionnel et le retour de la santé chez la femme qui les porte. Le docteur Adolphe Dumas (de Cette) m'a raconté l'observation fort intéressante d'une malade qui a vu se développer lentement, pendant plusieurs années, un kyste ovarique, sans cesser pour cela de devenir grosse à plusieurs reprises, notamment depuis une dernière ponction (la quatrième ou la cinquième), à la suite de laquelle la tumeur a diminué de volume d'une manière sensible et a paru devoir être tolérée indéfiniment. La première partie de cette observation a été publiée il y a déjà neuf ans [1].

A côté de ce cas, le même observateur en relate deux autres, recueillis pendant son internat à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans lesquels la mort a suivi de près l'injection iodée ou même la simple ponction.

Il est reconnu que, entre ces deux extrêmes, on trouve des cas intermédiaires dans lesquels les moyens palliatifs peuvent suffire et même evenir moyens curateurs. Je ne veux pas ici rappeler nos connais-

---

[1] *Documents pour servir à la discussion des kystes de l'ovaire.* (*Gazette médicale de Paris*, année 1856, pag. 697.)

sances sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. Il faudrait remonter à la discussion de 1856 devant l'Académie de médecine, puiser de précieux documents dans le mémoire rédigé par M. Bauchet, en réponse à la question posée par l'Académie à la suite de sa discussion et couronné par cette savante Compagnie, y joindre enfin les nouveaux éléments dont les nombreuses ovariotomies pratiquées depuis lors ont enrichi ce sujet. Je m'éloignerais trop ainsi de l'objet de cet écrit, qui n'a pas la prétention d'être un travail *ex professo*. Je ne traite que la question clinique, la question d'indication ou de contre-indication opératoire, et je la traite surtout à la lumière de l'expérience acquise dans ces dernières années.

Or, il est évident qu'on peut rencontrer des cas analogues à celui que je viens de rappeler, cas heureux, exceptionnels, pour lesquels la nature a des ressources imprévues et même improbables. Ce sont quelques cas de kystes uniloculaires, à parois peu épaisses, à contenu séreux, sans tumeur solide, chez des femmes d'un âge moyen, bien constituées, dans un état de santé satisfaisant. On les juge alors à la première ponction. Notre décision paraît dépendre surtout de cette épreuve. Si la malade la supporte, je crois qu'il faut patienter. Si la ponction, tout en étant bien supportée, est insuffisante; si le liquide se reproduit; si le kyste, sans revêtir de nouveaux caractères fâcheux ou sans causer de nouveaux accidents, redevient gênant pour le libre exercice des fonctions et même menaçant à un certain degré, je crois qu'on peut alors, qu'on doit même tenter l'injection iodée, et qu'on a l'espoir de réussir; je crois qu'on se laisse même, par cette conduite prudente, la chance de recourir plus tard avec succès à l'ovariotomie comme dernière ressource, lorsqu'on s'est assuré de l'insuffisance des ponctions et de l'injection.

Ce sentiment n'est pas précisément celui de tous les chirurgiens qui pratiquent l'ovariotomie. Je ne sais si l'on ne doit pas attribuer une partie de leurs succès à la simplicité des kystes dont ils font l'extirpation et dont on aurait pu tenter la guérison par l'essai de moyens moins dangereux.

Les raisons que donnent ces chirurgiens, pour opérer de prime abord l'extraction du kyste dans ces cas simples, sont peut-être fondées, elles sont tout au moins spécieuses. Si la ponction, si les injections iodées réussissent, disent-ils, ce n'est que dans un nombre de cas relativement très-minime. Dans un plus grand nombre, la guérison n'est pas obtenue par l'application de ces méthodes, la vie des malades n'est pas prolongée, et, ajoutent-ils, il est difficile de prévoir non-seulement les cas où ces moyens réussiront, mais encore ceux où ils ne deviendront pas des agents provocateurs d'accidents terribles contre lesquels on se trouvera dès-lors entièrement désarmé.

L'argument est spécieux, surtout présenté de cette manière. Il le devient davantage si l'on emprunte des éléments à la statistique, car les chiffres ne sont favorables ni à la ponction simple, ni à l'injection iodée. Pour être moins promptement meurtrières que l'ovariotomie, ces méthodes ne paraissent pas plus innocentes. Les statistiques de Southam, de Lee, de Kiwisch, de Fock et même du docteur West, qui est opposé à l'ovariotomie, attribuent à la simple ponction une mortalité considérable. Celles de M. Boinet ne sont pas non plus très-favorables à l'injection iodée, et, quelque partisan que ce chirurgien ait été de cette méthode, il a fini par pratiquer lui-même l'ovariotomie. En somme, et sans transcrire des chiffres dont la valeur ne nous a pas paru assez absolue pour mériter de les reproduire ici, l'argument contre ces méthodes de traitement est fondé.

Néanmoins il est bon de le réduire à sa juste valeur, et d'observer que les ponctions ou les injections, d'une part, et l'ovariotomie, d'autre part, ne devant pas être appliquées au traitement de tous les kystes de l'ovaire indistinctement et d'une manière absolue, on aurait tort de continuer à comparer les résultats que l'une ou l'autre méthode peut donner comme méthode exclusive. Il nous paraît au contraire rationnel de faire d'abord un triage, un départ entre les kystes auxquels les ponctions ou les injections iodées *peuvent* être appliquées, et ceux pour lesquels l'extirpation *doit* être réservée. — Appliquées aux kystes simples, séreux, uniloculaires, la ponction et l'injection iodée peuvent donner lieu à des succès sérieux, et ne développent qu'exceptionnellement des accidents formidables, incurables ou promptement mortels. Appliquées, au contraire, aux kystes visqueux, purulents, compliqués, multiloculaires, etc., elles ne peuvent faire espérer d'amélioration et exposent le plus souvent au développement d'accidents aussi rapides que funestes. — Appliquée aux kystes de la première espèce, l'ovariotomie doit réussir très-souvent; mais elle n'était pas indispensable, et, comme elle peut dans ces cas même être suivie d'accidents redoutables, inhérents à la méthode elle-même, elle doit être réservée pour des cas plus graves. Appliquée, au contraire, aux kystes de la deuxième espèce ou à ceux de la première que l'essai infructueux des ponctions et des injections a fait passer dans cette seconde catégorie, elle est doublement supérieure à la ponction et à l'injection, en ce qu'elle devient alors un moyen rationnel de traitement, et, de plus, en ce qu'elle est l'unique moyen de guérison d'une maladie que la ponction et l'injection ne peuvent qu'aggraver désormais et rendre promptement mortelle.

Ainsi, d'une part, la ponction et l'injection iodée doivent être tentées dans les kystes de la première espèce, parce qu'elles peuvent être des moyens curatifs, ou tout au moins des palliatifs suffisants, dont l'insuccès n'empêchera pas absolument d'appliquer, quoique avec moins

de chances de guérison, la méthode radicale de l'extirpation. D'autre part, l'ovariotomie est la seule méthode praticable pour les kystes de la seconde espèce, auxquels il n'est permis d'appliquer la ponction que comme moyen explorateur.

Je sais bien que quelques ovariotomistes prétendent que la simple ponction, et, à plus forte raison, l'injection iodée, suffisent pour mettre le kyste hors d'état d'être extirpé sans de nouveaux et grands dangers, qu'une ovariotomie primitive aurait épargnés à la malade. Mais je crois qu'ils exagèrent un peu la gravité de la situation que l'emploi préalable de ces moyens créerait, selon eux, pour la malade placée dans ces conditions nouvelles. Je n'ignore ni ces dangers ni cette gravité; mais je suis d'avis qu'ils n'existent primitivement que dans des circonstances exceptionnelles, ou consécutivement que dans des cas où l'on a abusé des tentatives de ponction et d'injection, sans avoir borné ces essais à la limite où ils deviennent eux-mêmes formellement contre-indiqués, tandis que l'indication se présente alors de pratiquer l'ovariotomie. Il est clair que, dans ces cas-là, on peut avoir à regretter de ne pas obtenir de l'extirpation des résultats aussi heureux que les dernières séries d'opérations dont nous avons parlé semblent le promettre. Mais, pour être réservée à des cas plus graves et pour ne pas donner des résultats favorables aussi nombreux, l'ovariotomie n'en sera pas moins acceptable au titre de l'unique moyen de salut pour les malades, et d'un moyen dont les succès, à n'en pas douter, balanceront encore avantageusement les revers.

Ainsi, il est bien entendu que, tout en défendant la ponction et l'injection iodée comme devant être tentées dans les cas simples que je viens de spécifier, je pense que si ces cas eux-mêmes se sont compliqués par l'effet de la durée de la maladie, de son évolution, des altérations qui s'y sont introduites peu à peu, ou de celles que la ponction et l'injection y ont provoquées, on doit les faire rentrer par cela seul dans les cas auxquels l'extirpation est immédiatement applicable. Dernièrement encore j'ai vu une pauvre malade arrivée mourante dans le service de mon collègue le professeur Dupré, après avoir subi durant l'évolution de sa maladie plusieurs ponctions infructueuses, et à laquelle l'ovariotomie aurait été applicable trois ou quatre mois plus tôt, avec un succès probable. J'ai vu à Londres, dans le service du docteur Murray, à St-*Mary's Hospital*, une jeune femme avec un kyste énorme, dans un état de débilité extrême, avec œdème et même commencement de gangrène des membres inférieurs, que l'ovariotomie aurait pu sauver si elle avait été faite d'emblée, avant une ponction exploratrice que la prudence semblait autoriser, mais qui fut suivie d'une reproduction si rapide du liquide, que les accidents prirent en peu de jours un caractère assez fâcheux

pour ne plus permettre aucune tentative, et amener promptement la mort.

Telle est donc pour moi la limite entre l'indication et la contre-indication des ponctions ou des injections iodées, telle est la limite entre la contre-indication et l'indication de l'ovariotomie.

Il est pour l'ovariotomie des sources de contre-indications qui peuvent se tirer de l'âge, de la plénitude des forces, ou au contraire de l'extrême débilité des malades, etc.; mais ces contre-indications sont en quelque sorte communes à l'ovariotomie et à toutes les opérations de gravité équivalente. Je ne m'occuperai ici que de quelques autres contre-indications spéciales, de celles qui sont particulières à l'opération elle-même.

Une de ces contre-indications, c'est l'existence avérée de parties solides et surtout de cancer dans la tumeur, exposant soit à l'impossibilité de pédiculiser celle-ci, soit à la promptitude de la récidive et à l'inutilité ultérieure sinon à la léthalité immédiate de l'opération. Je sais bien que M. Kœberlé a donné un exemple qu'on pourra imiter, en enlevant avec les ovaires le corps même de l'utérus, et que dès-lors la pédiculisation de la tumeur devient absolument possible. Je sais qu'on entrera peut-être prochainement dans la voie déjà ouverte par M. Atlee, par le docteur Clay, et dont j'aurai l'occasion de vous entretenir de nouveau, de l'extirpation des tumeurs fibreuses utéro-péritonéales. Mais permettez-moi de regarder encore ces faits comme tellement exceptionnels, qu'ils n'autorisent pas l'introduction dans la pratique de préceptes contraires à ceux dont je crois devoir faire ici la base des contre-indications à l'ovariotomie.

Une autre de ces contre-indications, c'est le nombre, l'étendue et la solidité des adhérences, surtout dans les cas de kyste multiloculaire, soit à la paroi abdominale, soit aux divers viscères qui y sont contenus, surtout à ceux qui sont très-élevés, comme l'estomac, le foie, etc. Ainsi, j'ai vu avec M. Simpson une jeune fille de 15 à 16 ans, dont je vous ai déjà parlé, atteinte d'un kyste multiloculaire énorme à contenu visqueux, filant, gris verdâtre, dont la ponction, après avoir vidé diverses poches, ne parvint à déterminer le retrait sur aucun point, de l'épigastre au pubis et d'un flanc à l'autre. Évidemment il y aurait eu imprudence à tenter l'extirpation d'une telle tumeur, dont les adhérences étaient si fortes et si étendues qu'elles auraient empêché probablement le chirurgien de terminer l'opération.

Ce sont de telles adhérences, l'existence de tumeurs solides, ou des erreurs de diagnostic devenues plus rares de jour en jour, qui nous

expliquent l'entreprise, par quelques-uns des premiers ovariotomistes, d'opérations qui n'ont pu être terminées.

On trouve une énumération instructive des divers faits de cette catégorie dans l'appendice que John Clay a ajouté à sa traduction de Kiwisch. Après avoir énuméré dans une première table tous les cas d'ovariotomie suivis de succès, et dans une deuxième tous ceux qui ont été suivis de mort, il donne dans une troisième la liste des cas dans lesquels les tumeurs ovariques ne purent être excisées que partiellement. Des 24 malades comprises dans cette catégorie, 10 se rétablirent, 14 moururent d'hémorrhagie, de péritonite, de suppuration du kyste ou d'affaiblissement. Enfin, dans une quatrième table, la plus intéressante de toutes relativement au sujet qui nous occupe en ce moment, il a rassemblé tous les cas dans lesquels l'ovariotomie a été entreprise et a dû être abandonnée.

Or, les cas renfermés dans cette dernière table sont de plusieurs espèces : les uns se rapportent à des tumeurs extra-ovariques (tumeurs fibreuses utérines, extra-utérines, mésentériques; hypertrophie utérine, grossesse tubaire) qui purent être enlevées : sur 13 malades, 10 succombèrent à l'opération. D'autres se rapportent à des kystes tellement adhérents, qu'ils ne purent être extirpés : sur 82 opérations, on ne compte pourtant que 24 morts. D'autres enfin se rapportent à des maladies toutes étrangères à l'ovaire : dans certains cas, on ne trouva pas de trace de tumeurs, on ne rencontra que de l'obésité et du météorisme, ou qu'une tumeur splénique, ou qu'une masse intestinale conglomérée par des adhérences, ou qu'une tumeur indurée de l'épiploon, ou qu'une péritonite chronique avec dilatation et épaississement des parois du colon, etc. Néanmoins, sur 23 malades, 16 se rétablirent de l'opération.

Il est évident que, tout en témoignant de la difficulté du diagnostic, ces erreurs, qui sont toutes antérieures à ces dernières années, doivent devenir de plus en plus rares. M. Spencer Wells cite lui-même, à la suite de ses opérations, trois cas dans lesquels il commença l'ovariotomie sans la terminer, soit à cause de la présence des intestins en avant de la tumeur, soit à cause des adhérences de cette dernière avec des organes importants; et trois autres cas dans lesquels il fit seulement une incision exploratrice, dans le but de confirmer le diagnostic d'adhérences qui lui avait fait présumer d'avance l'extirpation impraticable. De ces six malades, une seule parut succomber aux suites de l'opération; les autres se rétablirent, et ne succombèrent que plus tard aux progrès de la maladie elle-même, sauf une qui a survécu et qui a été ponctionnée deux fois depuis lors.

En définitive, après qu'on a cherché à donner au diagnostic le plus de probabilité possible par tous les moyens ordinaires, notamment par la

ponction, on peut, d'après cela, tenter de convertir cette probabilité en certitude, par une *incision exploratrice.* Car l'expérience montre que, faite avec précaution, cette incision n'augmente pas à un très-haut degré les chances de mort de la malade. En supposant que ce dernier élément de diagnostic soit favorable à la décision de l'opération, celle-ci se trouve toute commencée et le chirurgien n'a plus qu'à la poursuivre.

Du reste, je ne veux pas aborder ici la question du diagnostic, parce que je n'ai rien de nouveau à dire sur les symptômes tels que le volume, la forme, la fluctuation, qui dénotent l'existence du kyste ; sur la mobilité, sur l'absence de douleurs fixes, constantes sur certains points, ou au moment de l'accomplissement de certaines fonctions, miction, digestion, etc., sur le retrait du kyste après la ponction, sur les lumières que la palpation peut ajouter dans ce moment à nos connaissances antérieures relativement à l'existence d'adhérences, d'éléments solides dans la tumeur, etc. Bien qu'elle laisse encore à désirer, on peut dire pourtant qu'aujourd'hui, grâce à la probabilité que donne l'ensemble de nos moyens d'investigation, grâce à la certitude que donnera, s'il le faut, une incision exploratrice, on pourra s'abstenir de commencer l'ovariotomie, ou, tout au moins, de la poursuivre dans les cas où, en l'absence de contre-indications générales, on sera parvenu à constater tôt ou tard l'existence de contre-indications locales formelles.

Maintenant, mon cher ami, pour vous communiquer tout ce que mes observations m'ont appris sur l'ovariotomie, il ne me reste plus qu'à vous transmettre le résultat de mes renseignements et de mes réflexions sur la manière de la pratiquer. J'aurai l'occasion de comparer, chemin faisant, les divers procédés, de signaler le danger ou les difficultés de chacun des temps de l'opération, d'apprécier enfin les éléments probables du succès.

Les *préparations* que l'on peut faire subir aux malades avant de les opérer, passaient, il y a quelques années, pour avoir sur le succès de l'opération plus d'influence qu'on ne leur en accorde aujourd'hui. Pour n'être pas directe, cette influence n'en est pas moins réelle, et je crois que, lorsque l'opération peut être retardée, on se trouve bien, en fait d'ovariotomie comme de toute opération dont le moment est laissé en partie au choix du chirurgien, de profiter du temps qui la précède pour mettre la malade dans les meilleures conditions possibles.

Une bonne alimentation, réparatrice, tonique; l'habitation d'un lieu bien aéré ; les frictions sur la peau ; un ou deux bains, et, suivant le cas, l'application de quelques autres règles d'hygiène commune, sont

les meilleurs moyens préventifs des accidents les plus dangereux à la suite de l'ovariotomie, tels que l'hémorrhagie, l'affaiblissement, la suppuration, l'infection purulente ou putride.

Vous avez remarqué le soin que mettent les chirurgiens dont je vous ai raconté les opérations, à placer leurs patients dans un milieu réunissant les meilleures conditions hygiéniques, lorsque l'hôpital où se trouvent ces malades ne leur paraît pas les renfermer suffisamment.

Du reste, je n'ai pas vu employer des moyens spéciaux ou des médicaments réputés plus particulièrement préventifs des accidents redoutables que je viens de citer. Ces moyens se réduisent aux toniques francs ou aux reconstituants, parmi lesquels le fer tient évidemment le premier rang. M. Simpson professe une grande estime pour cet agent, administré dans le but de préparer les malades aux opérations. Il prescrit surtout le perchlorure de fer. Vous savez quel cas je fais moi-même de ce précieux médicament, et l'empressement que j'ai mis à l'adopter, soit pour l'usage interne, soit pour l'usage externe, dans les cas de diphthérie, de plaies fongueuses ou variqueuses, d'ulcère du col utérin, d'hémorrhoïdes, de tumeurs érectiles, etc., etc. Vous ne serez donc pas étonné de me voir partager entièrement l'estime de M. Simpson pour le perchlorure de fer, et sa disposition à l'administrer avant l'opération chez bon nombre de sujets où il est indiqué, notamment chez les femmes atteintes de kyste ovarique avant l'extirpation de la tumeur. Je crois seulement qu'on se trouverait bien de substituer souvent au perchlorure de fer caustique l'un des peroxychlorures de fer introduits dans la chimie pharmaceutique par notre collègue et ami M. le professeur Béchamp, qui joignent à l'avantage de n'être plus caustiques, celui de conserver leurs propriétés hémostatiques et surtout toniques [1].

Nous verrons, d'ailleurs, que l'emploi des préparations ferrugineuses n'est pas seulement préventif et réservé aux jours qui précèdent l'opération. On en a fait une application non moins heureuse aux suites de l'ovariotomie.

Comme toutes les opérations graves qui se pratiquent chez les femmes et particulièrement sur l'utérus, l'extirpation des kystes ovariques doit être faite lorsque la congestion menstruelle est entièrement passée et à un moment aussi éloigné que possible du retour de la fluxion périodique, c'est-à-dire environ huit jours après la cessation des règles.

Pour assurer le repos de l'intestin après l'ovariotomie, il est bon de le vider non-seulement par un lavement, mais même par un léger purgatif la veille du jour fixé pour l'opération. J'adopte volontiers celui auquel M. Kœberlé donne la préférence (30 grammes huile de ricin

---

[1] *Montpellier médical*, 1858, 1859, etc.

mélangé à 20 grammes de sirop tartrique), en le faisant suivre, le soir, de l'administration de 1 à 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, pour décomposer les sulfures gazeux restant dans le tube digestif.

Les premières opérations ayant été faites avant la découverte de l'anesthésie, les patientes ne purent bénéficier de l'application de cette heureuse méthode. Mais depuis son introduction dans la chirurgie, aucun opérateur n'a manqué de l'employer avant de procéder à l'extirpation des kystes de l'ovaire. Effectivement, il est peu d'opérations plus longues, plus laborieuses, plus douloureuses, plus propres à déterminer dans tout le système vivant une commotion profonde, et l'on est trop heureux de pouvoir atténuer par l'action, même prolongée, du chloroforme, l'influence de conditions aussi fâcheuses. Je n'ai pas vu un seul opérateur de la Grande-Bretagne négliger l'utile concours de l'anesthésie. En France, on la met à profit aussi largement; dans quelques-unes de ses opérations, M. Kœberlé a prolongé l'anesthésie pendant deux heures et n'a pas usé moins de 250 grammes de chloroforme.

Il me paraît convenable de placer la malade sur un lit à opération, plutôt que de la laisser dans son propre lit, pour donner au chirurgien toutes les facilités possibles. Quant à la position la plus avantageuse, je ne crois pas qu'il soit indispensable de la mettre sur un plan incliné ou sur un fauteuil; car la facilité d'évacuation du liquide résultant de cette position ne peut pas être mise en parallèle avec les dangers que peut courir une patiente que l'on ne chloroformise pas dans la position horizontale. J'ai vu un autre opérateur, tout en laissant la malade couchée, se placer entre ses genoux tenus élevés et écartés par deux aides. J'avoue que je préfère encore, comme aussi commode pour le chirurgien et plus avantageux pour la malade, le décubitus dorsal de la tête aux pieds, l'opérateur se plaçant à droite de la patiente, dont la situation est alors sans fatigue et sans danger de syncope.

Il faut se rappeler que l'ouverture d'une grande cavité comme l'abdomen, et son exposition prolongée à l'air, dispose le corps entier à un refroidissement notable. On n'attache plus aujourd'hui autant d'importance qu'autrefois à prévenir ce refroidissement par l'élévation de température et l'augmentation artificielle de l'humidité de l'appartement dans lequel on opère; mais on a soin de recouvrir de flanelle la poitrine et les membres inférieurs, de manière à y maintenir la chaleur vitale, ou même, comme le fait M. Spencer Wells, de recouvrir presque tout le corps d'une vaste couverture en caoutchouc, dans laquelle on a découpé une large ouverture circulaire dont les bords adhèrent autour de la paroi abdominale, ce qui offre le double avantage de prévenir le refroidissement et d'empêcher les souillures par l'extravasation extérieure du sang ou du liquide kystique.

L'*opération* proprement dite se compose de cinq temps principaux :

1° Section abdominale ;

2° Ponction et évacuation du kyste ;

3° Rupture des adhérences, extraction de l'ovaire, constriction du pédicule ;

4° Nettoyage exact des cavités abdominale et pelvienne ;

5° Réunion de la plaie.

La *section abdominale* se fait toujours sur la ligne médiane ou ligne blanche. Il n'y a que des inconvénients et aucun avantage à la pratiquer sur un autre point. Ses dimensions ont varié suivant que les opérateurs avaient pour but d'extraire le kyste entier et distendu par le liquide, ou de le tirer au dehors après l'avoir préalablement ponctionné et vidé autant que possible. La grande et la petite incision, ou ce que M. Chéreau appelait le grand et le petit appareil, se sont partagé la faveur des chirurgiens, entre lesquels ils ont été le prétexte de longues discussions jusqu'à ces dernières années, où, sans attribuer une large part à la dimension de l'incision comme cause de péritonite et d'accidents mortels, on s'est pourtant accordé à donner primitivement à la section abdominale le moins d'étendue possible, sauf à la prolonger ultérieurement en haut et en bas, si les difficultés de l'extraction l'exigent.

Une incision de 10 à 12 centimètres, à égale distance de l'ombilic et du pubis, est généralement suffisante. Dans tous les cas elle suffit comme incision exploratrice, et il n'y a aucun inconvénient à ne l'agrandir que lorsqu'on en reconnaît la nécessité en poursuivant l'opération.

Quand on arrive sur le péritoine, l'incision présente quelque difficulté. Il faut, à cause de cela, se tenir toujours à sec en épongeant la plaie, et en plaçant des pinces à pression continue sur les veines parfois très-développées qui peuvent donner lieu à une hémorrhagie trop abondante. Puis il importe de distinguer le péritoine de la paroi même du kyste. Ce temps de l'opération est analogue à celui de la kélotomie dans lequel on arrive sur le sac herniaire, et dans lequel on s'efforce de distinguer celui-ci de l'enveloppe séreuse immédiate de l'intestin lui-même. On soulève donc le péritoine avec une érigne, on y pratique une petite ouverture par laquelle on passe une sonde cannelée ordinaire ou une sonde cannelée à bords larges, alternativement en haut et en bas, et l'on divise la séreuse en glissant un bistouri ou des ciseaux sur la sonde, de manière à donner à sa division la même étendue qu'à celle des téguments.

La *ponction* et l'*évacuation du kyste* constituent le deuxième temps.

Avant de les pratiquer, il est bon de passer la main entre la paroi abdominale et le kyste, et de s'assurer qu'il n'y a pas d'adhérences, ou de rompre dès ce moment avec les doigts les adhérences peu solides

qui les unissent. On vérifie en même temps la nature de la tumeur, le volume relatif des kystes qui la composent; le plus volumineux., celui qu'il convient de ponctionner le premier, pouvant ne pas se trouver directement vis-à-vis l'ouverture abdominale. Du reste, il faut se garder de faire des efforts considérables pour déchirer les adhérences, surtout si l'on soupçonne la paroi du kyste peu épaisse, car on risquerait de la rompre par ces efforts et de déterminer l'évacuation de tout le liquide dans la cavité abdominale.

Aussitôt qu'on a fait cette exploration avec les précautions indiquées, on ponctionne le kyste. On peut se servir du trocart ordinaire ou du trocart de Thompson, instrument fort simple et très-commode dont j'aurai l'accasion de vous parler plus tard. Mais, en supposant qu'on soit, comme je l'ai dit, à la droite de la malade, on ne peut se servir d'un instrument plus commode que le trocart de M. Spencer Wells, dont la pointe, évidée en tube comme la canule, peut rentrer dans cette dernière ou la dépasser, au gré de l'opérateur, et dont la canule elle-même porte une canule de dérivation soudée sur elle à angle droit, munie d'un tube évacuateur en caoutchouc, à l'extrémité duquel est un plomb qui le dirige dans un baquet placé à la droite du lit pour y recevoir le liquide du kyste. L'instrument a un diamètre suffisant pour permettre au liquide, habituellement épais et visqueux, de s'écouler sans trop de difficulté.

A mesure que le kyste se vide, pour éviter qu'il ne s'affaisse sur lui-même et que son contenu ne s'échappe entre la canule et l'ouverture de ponction, on a soin de tenir les bords de cette ouverture fortement appliqués contre la canule du trocart, soit à l'aide de pinces érignes fortes, soit à l'aide de crochets adaptés à la canule même et entre lesquels on attire avec des pinces ordinaires les parties voisines du kyste à droite et à gauche. Dès-lors on achève sans préoccupation l'évacuation du liquide, on ponctionne même tel autre kyste ou loge secondaire, trop distendue pour permettre le passage de la tumeur à travers l'ouverture abdominale, et l'on arrive ainsi, à moins de l'existence de tumeurs solides ou d'une agglomération trop considérable de petits kystes, à donner à l'ensemble de l'ovaire assez de souplesse et de mobilité pour pouvoir le faire passer, en l'attirant peu à peu au dehors, à travers l'ouverture abdominale.

Le troisième temps, *extraction du kyste*, peut être très-simple ou très-compliqué.

C'est alors qu'il faut rompre les adhérences qui retiennent le kyste vide et s'opposent à son extraction.

Si les adhérences n'existent pas, ou sont peu nombreuses et peu résistantes, l'extraction du kyste n'est qu'un jeu. Au contraire, si elles

sont nombreuses et résistantes, ce temps peut devenir très-périlleux ou nécessiter des manœuvres qui détermineront plus tard des accidents graves et compromettront plus qu'aucune autre circonstance le succès de l'opération. Lorsque j'aurai fini la description de l'opération, je vous parlerai des conditions qui peuvent mettre le chirurgien dans l'impossibilité de l'achever; pour le moment je suppose qu'on peut la poursuivre jusqu'au bout, en la bornant à l'extirpation de l'ovaire. Il faut dire que l'on atteint ce résultat aujourd'hui peut-être plus souvent que dans le principe, et qu'on ne se laisse pas décourager par l'existence d'adhérences, même très-résistantes, sauf à laisser des portions du kyste sur les organes auxquels elles adhèrent, comme je vous en ai cité un exemple dans ma première observation. L'expérience a prouvé qu'on peut encore, dans des circonstances en apparence si défavorables, espérer et obtenir des succès.

Mais il faut apporter un grand soin dans la déchirure ou la dissection de ces adhérences, non-seulement de celles qui unissent le kyste à la paroi abdominale et à l'épiploon, mais surtout de celles qui peuvent l'unir à l'intestin, à l'estomac, au foie, à la rate, ou à la cavité pelvienne, à l'utérus, à l'ovaire opposé, à la vessie, etc. Non-seulement on risque d'intéresser ces organes, et dans ce cas il vaut mieux abandonner une portion du kyste que l'on découpe autour de l'adhérence et que l'on cherche à amincir le plus possible; mais on risque surtout de donner lieu à des hémorrhagies, et c'est pourquoi il faut s'efforcer d'étancher le sang, de lier tous les vaisseaux divisés qui paraissent exposer à une hémorrhagie ultérieure, soit sur l'épiploon, ce qui est le cas le plus fréquent, soit ailleurs. Quand on parvient à isoler, par cette manœuvre attentive et minutieuse, la totalité du kyste, ou à arracher successivement les divers fragments de la tumeur qui se sont détachés, comme j'en ai cité des exemples, on attire tout le reste de la tumeur au dehors, en agrandissant au besoin, dès le commencement ou vers la fin de ce troisième temps, l'ouverture abdominale, et l'on saisit solidement le pédicule.

Il ne reste plus, pour achever ce temps de l'opération (qui est sans contredit, je ne saurais trop le répéter, le plus périlleux de tous) qu'à faire la constriction du pédicule. Je ne reviens pas sur ce que je vous ait dit des divers procédés employés successivement pour atteindre ce but. Pourtant, on peut n'avoir pas le choix, et si le pédicule est court ou si l'on ne peut le prolonger artificiellement en faisant porter la constriction sur la base du kyste fortement plissée, au lieu de la faire porter sur le pédicule utéro-tubo-ovarien, on est obligé d'employer un des moyens que je vais vous signaler.

On peut d'abord poser en principe qu'il est préférable de tenir le pédicule attaché à la plaie abdominale, et autant que possible en dehors

de cette plaie, pour éviter sa suppuration dans la cavité pelvienne, quoique les beaux succès de M. Tyler Smith semblent autoriser à ne pas concevoir à cet égard des craintes exagérées. Langenbeck paraît avoir posé le premier et appliqué ce principe. On peut passer une suture à la fois à travers le pédicule et les deux lèvres de l'angle inférieur de la plaie, ou le retenir dans ce point par une forte aiguille, ou le maintenir simplement appliqué contre une des lèvres de la plaie ou contre la partie voisine de la paroi abdominale (lorsqu'il est trop court) à l'aide de l'ingénieux procédé de l'acupressure imaginé par M. Simpson, et sur lequel j'aurai à revenir. Mais depuis Hutchinson, qui l'a imaginé en 1858, on se sert de préférence d'un petit appareil compressif auquel on donne, suivant sa forme, le nom de *clamp* (appareil à emboîtement) ou de *clipper* (appareil à embrasser, à rogner).

Le plus commode de ces appareils est celui que j'ai vu employer par M. Spencer Wells. Ce *clamp* s'ouvre comme un compas, le pédicule est saisi dans la partie la plus rapprochée de l'angle qui se trouve façonnée à peu près comme l'entérotome de Dupuytren, mais dans un sens inverse relativement à l'angle d'ouverture. Après avoir serré le pédicule, on arrête et l'on fixe le degré de constriction à l'aide d'une vis, puis l'on désarticule les manches de manière à ne laisser sur la plaie, pour retenir le pédicule dans son angle inférieur, que la partie de l'appareil, relativement fort légère, qui opère la constriction.

Lorsque le pédicule est très-court et ne peut être ramené dans l'angle inférieur de la plaie au niveau du tégument, sans tordre ou tirailler démesurément l'utérus, force est bien de le laisser à une profondeur plus ou moins considérable. — S'il est mince, s'il peut être bien serré par un fil en une ligature unique ou en deux ligatures, et s'il peut être coupé ras du fil, je ne vois pas d'inconvénient à imiter la conduite de M. Tyler Smith et à le laisser retomber dans le bassin, sauf les cas où des désordres produits par la déchirure de nombreuses adhérences peuvent faire craindre l'établissement de la suppuration. — Dans le cas contraire, surtout si l'on est obligé d'appliquer plus d'une ligature, ou d'extirper les deux ovaires et de multiplier ainsi les ligatures, je crois préférable de tenir les fils dans l'angle inférieur de la plaie, en les tendant à l'aide d'une sonde en caoutchouc, ou d'un bâtonnet, ou d'un *director* quelconque passé à travers les anses des diverses ligatures et reposant en travers sur la plaie, pour les tenir attirées avec plus ou moins de force vers les téguments; ou bien de maintenir la constriction du pédicule à l'aide d'un serre-nœud, comme le fait M. Kœberlé, qui interpose même entre les parties inférieures des lèvres de la plaie deux valves de plomb destinées à empêcher l'occlusion de la plaie avant la fin de la suppuration, à maintenir béante une sorte de gouttière propre à favoriser l'issue des liquides et du pus, et à isoler ce trajet du

reste de la cavité abdominale, et surtout du reste de la plaie, dont la réunion est en quelque sorte assurée par la précaution de donner vers sa partie inférieure un libre écoulement à la suppuration déterminée autour du pédicule par ses agents de constriction. On a bien été jusqu'à proposer dans ces cas la section du pédicule par l'écraseur linéaire, ce qui faciliterait la réunion de la plaie et supprimerait l'inconvénient de laisser la ligature du pédicule dans son angle inférieur; mais j'avoue que je redouterais trop l'hémorhagie consécutive par les artères du pédicule, pour oser préférer ce moyen à ceux dont je viens de parler.

Quel que soit le procédé que l'on ait employé, il ne reste plus qu'à couper, à 5 ou 6 millimètres de la constriction, la portion correspondante du pédicule, pour compléter l'extraction du kyste.

J'ai cru devoir faire un temps particulier de l'opération du *nettoyage des cavités abdominale et pelvienne*, à cause de l'importance que tous les ovariotomistes attachent, non sans raison, à débarrasser avec soin le péritoine de tous les corps étrangers qui y restent contenus. Si l'opération a été simple, on peut se dispenser de cette précaution inutile; mais si du sang, du liquide cystique, des caillots ou des fragments de la tumeur, se trouvent encore dans la cavité péritonéale, il faut extraire jusqu'au dernier des corps solides et absterger jusqu'à la dernière goutte des liquides. Je crois que ce n'est pas sans une juste appréciation que les chirurgiens anglais attribuent leurs succès à cette précaution. Il ne faut pas craindre d'y consacrer tout le temps nécessaire, d'introduire la main à plusieurs reprises jusque dans la cavité pelvienne, d'y porter ensuite des éponges bien propres, de s'assurer que le péritoine est parfaitement sec, et de prévenir, par une attente suffisante ou l'application de nouvelles ligatures, les hémorrhagies consécutives.

Le dernier temps est la *réunion des lèvres de la plaie*. Un des grands avantages de l'emploi du *clamp*, c'est de la faire par première intention aussi parfaitement que possible. On a soin de faire rentrer dans la cavité abdominale, s'ils en étaient sortis, l'épiploon et les intestins, qu'un aide a refoulés tout le temps de l'opération, avec des flanelles chaudes et mouillées, lorsqu'ils se présentaient à l'angle supérieur de la plaie; on maintient le clamp avec le pédicule dans l'angle inférieur, puis l'on saisit chacune des lèvres de la plaie et l'on y applique la suture à plans superposés, c'est-à-dire une suture profonde et une suture superficielle.

La suture profonde peut être enchevillée, comme la pratique M. Kœberlé, ou simplement à points passés, comme je l'ai vu appliquer par les chirurgiens anglais. M. Spencer Wells, ne laissant séjourner les sutures que les quelques jours nécessaires à la réunion, emploie simplement des fils ordinaires très-forts. Les chefs de chaque fil passés dans les

chas de deux aiguilles, il pousse alternativement chaque aiguille du péritoine (qu'il traverse à 5 à 6 millimètres de l'incision) à la peau (qu'il traverse à une distance de la plaie de 2 ou 3 centimètres), puis il serre fortement les deux chefs sur la ligne de réunion. Il applique les points de suture à 2 centimètres de distance l'un de l'autre, et dans l'intervalle il place quelques points de suture superficielle. La dernière suture profonde passe tout près du *clamp*, de manière à retenir le pédicule sans le traverser. — Les autres chirurgiens de Londres que j'ai vu opérer ne traversent pas le péritoine et se servent de sutures en fil d'argent. — M. Simpson emploie les fils de fer, auxquels depuis plusieurs années il donne la préférence, et qu'il laisse, pour ainsi dire, indéfiniment dans la plaie. M. Simpson et M. Keith traversent, comme M. Spencer Wells, le péritoine par la suture.

Il me reste à vous parler, mon cher ami, des *suites* de l'ovariotomie au point de vue de l'opération, c'est-à-dire des moyens de prévenir ou de combattre les accidents qui se présentent.

Les accidents les plus redoutables, ceux qui ont causé le plus souvent la mort, sont : la commotion (*shock*), l'affaiblissement graduel des forces, qu'aucune réaction n'arrête et qui conduit à l'épuisement (*exhaustion*), l'hémorrhagie, l'infection purulente, enfin la péritonite, qui paraît devoir être et qui serait en effet l'accident le plus fréquent, d'après plusieurs chirurgiens ; tandis qu'au contraire, d'après M. Spencer Wells, elle serait relativement plus rare que la fièvre purulente ou putride, que l'épuisement, et pourrait passer pour la cause de mort la moins commune.

L'anesthésie est un des meilleurs moyens de prévenir la commotion, et les soins immédiats donnés à l'opérée, les meilleurs moyens de la combattre. Ces soins se réduisent à réchauffer la malade en l'entourant de flanelle, de réservoirs d'eau chaude, en lui donnant, s'il est nécessaire, de légères doses d'antispasmodiques (tilleul, éther), ou de cordiaux et d'excitants diffusibles (vin, cognac, acétate d'ammoniaque).

Pour prévenir l'affaiblissement de l'opérée, il faut faire régner autour d'elle le repos, la tranquillité ; donner même de faibles doses de bouillon, de vin, de médicaments toniques ou cordiaux, en se rappelant toutefois que le danger des hémorrhagies et de l'inflammation péritonéale fait une loi de laisser pendant quelques jours, par une diète assez sévère, le tube digestif dans le calme le plus absolu. Je vous ai dit que M. Tyler Smith pousse la précaution, au point de vue de la tranquillité de ses malades les premiers jours, jusqu'à mettre une sonde à demeure dans la vessie, pour leur éviter les mouvements nécessités par la miction.

Pour prévenir les mouvements fluxionnaires abdominaux qui peuvent

déterminer des hémorrhagies ou le développement de la péritonite, M. Kœberlé a soin de tenir pendant plusieurs jours de la glace sur le bas-ventre, dans deux vessies placées des deux côtés de la ligne de réunion de la plaie. L'application de la glace sur le bas-ventre, dans des cas de débridement de hernies étranglées, de cautérisation profonde de tout le gros intestin par un lavement dans lequel on avait par mégarde mis de la potasse, et de quelques opérations dans lesquelles on avait intéressé le péritoine ou fait subir quelque traumatisme grave aux organes abdominaux ou pelviens, comme à la suite de la réduction d'une inversion utérine, m'a paru présenter des avantages si réels, que je conseillerais volontiers l'emploi de ce moyen préventif. Pourtant je dois avouer que je ne l'ai vu employer par aucun des chirurgiens dont j'ai suivi les opérations en Angleterre, et que je n'ai pas vu leurs malades succomber en plus grand nombre aux accidents que l'application continue de la glace semble propre à prévenir.

Une condition importante, c'est d'assurer le repos de l'intestin autant que celui de la malade, de prévenir tout mouvement, tout tiraillement dans le bas-ventre, pouvant faire rentrer le pédicule, rompre les adhérences salutaires qui s'établissent à la plaie ou ailleurs, provoquer enfin. par le simple effet du déplacement réitéré des organes, l'apparition d'une hémorrhagie ou l'invasion de la péritonite. On la remplit en couvrant le ventre d'ouate et d'un bon bandage de corps qui le maintient, par une constriction modérée mais méthodique, dans une immobilité absolue. On la remplit aussi par l'administration de la morphine, destinée, comme à la suite de l'opération de la hernie étranglée, à narcotiser autant que possible le tube digestif. M. Kœberlé, dont les opérations sont si remarquables par les soins minutieux et excessifs apportés à l'exécution de chacun de leurs temps, ne manque pas d'administrer la morphine à ses opérées. En Angleterre, on n'a recours aux narcotiques que lorsque la douleur ou l'insomnie indique leur emploi.

Enfin, il est un accident important à prévenir ou à combattre : c'est la suppuration de la plaie elle-même, qui peut amener de proche en proche celle du péritoine ; c'est la suppuration, ou plutôt la putréfaction du pédicule mortifié par la constriction, et dont la sanie infecte suffit pour produire, par son contact ou sa résorption, non-seulement l'inflammation du péritoine, mais la fièvre purulente et la fièvre putride. De là, la nécessité d'entretenir la plaie dans un grand état de propreté, par des pansements réitérés, par le changement fréquent du *lint*, par la suppression des sutures le quatrième ou le cinquième jour lorsqu'elles ne sont pas métalliques, par la superposition sur les points qui laissent suinter quelques liquides, de sachets légers remplis de poudres absorbantes, telles qu'écailles d'huître calcinées et quinquina, craie et rhu-

barbe, magnésie et cannelle (Spencer Wells); enfin, par la momification même du pédicule badigeonné avec du perchlorure de fer caustique (Kœberlé, Keith, Simpson), et même par les lotions de la plaie et des parties voisines menaçant de s'enflammer, avec une solution aqueuse au dixième de sulfate ferreux (Kœberlé).

Il est inutile d'ajouter que, en supposant que les suites de l'opération aient été bénignes, et que rien n'ait entravé la marche régulière vers la guérison, la quantité des aliments administrés à la malade ne devra être augmentée que progressivement, et que la permission de se lever, et surtout de marcher, devra être accordée le plus tard possible; car il faut toujours se rappeler qu'un certain temps est nécessaire, afin de donner aux adhérences récentes une fermeté suffisante pour les faire résister aux divers mouvements qui nous sont familiers dans l'état de santé.

Je n'ai pas oublié, mon ami, que je vous ai signalé comme un des plus graves accidents de l'ovariotomie, l'impossibilité où l'on peut se trouver d'achever l'opération. Ce danger devient tous les jours moins fréquent. Il est évident que si les adhérences empêchaient absolument l'extraction du kyste, il faudrait réunir les lèvres de la plaie abdominale et y comprendre les parois du kyste de manière à l'y faire adhérer, soit que l'on tentât d'obtenir l'oblitération de son ouverture, ce qui ferait rentrer l'opération dans le cas d'une simple ponction; soit qu'on laissât béante l'ouverture du kyste, en l'agrandissant même et conservant ainsi la possibilité d'introduire dans sa cavité divers liquides modificateurs ou du perchlorure de fer, ce qui ramènerait l'opération à l'incision du kyste, qui a été conseillée par Ledran et pratiquée par plusieurs modernes avec peu de succès, d'après la statistique de Fock. Je préférerais cette simple incision à l'excision d'une portion du kyste, qui n'a donné que de bien pauvres résultats[1]. Mais, s'il était possible, je tâcherais de ramener l'opération, par la réunion exacte de la plaie, aux conditions d'une simple ponction.

J'ai dit comment on se comporte dans le cas d'adhérences intimes, mais partielles, qui peuvent obliger à laisser des lambeaux de kyste, en enlevant le gros de la tumeur et étreignant le pédicule comme dans les cas simples.

Mais il est d'autres causes qui ont rendu quelquefois impossible l'achèvement de l'opération commencée; je veux parler de la présence de

---

[1] Voyez les statistiques de M. John Clay, à la suite de sa traduction de Kiwisch.

tumeurs fibreuses utérines, pédiculisées ou non pédiculisées, contre lesquelles la chirurgie a paru jusqu'à ce jour impuissante.

Lorsque ces tumeurs se portent vers la cavité utérine, si elles se pédiculisent et forment des polypes, il est facile de les opérer; si elles sont simplement saillantes sans être encore pédiculisées, on peut sauver les malades, habituellement en proie à des hémorrhagies terribles, en essayant, comme je l'ai pratiqué après Amussat et M. Maisonneuve, de les découvrir par une incision, de les énucléer et de les extraire, soit en entier, soit par fragments.

Mais lorsque ces tumeurs se portent vers la cavité péritonéale ou se développent sur la couche moyenne de l'utérus, demeurant interstitielles malgré leur accroissement, les difficultés que présente leur extirpation paraissent insurmontables.

Pourtant de hardis ovariotomistes, rencontrant de pareilles tumeurs après la section abdominale, le plus souvent par suite d'erreur de diagnostic, n'ont pas craint d'extirper ces tumeurs, et parfois, du même coup, une portion de l'utérus. Il faut dire que la plupart de ces essais avaient été d'abord malheureux, même entre les mains du docteur Clay (de Manchester). On citait, avant ces dernières années, un seul succès de Atlee (de Philadelphie)[1]. Mais des opérations récentes tendent à modifier notre opinion sur ce point comme sur l'extirpation des ovaires.

Dernièrement, le même docteur Clay (de Manchester) ayant cru à un kyste multiloculaire et étant tombé sur des tumeurs fibreuses utérines, enleva l'utérus, ou du moins le fond de l'organe, avec les tumeurs et les organes annexes, ovaires et trompes, après avoir appliqué sur le col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, une forte ligature qu'il maintint dans l'angle inférieur de la plaie jusqu'au moment où elle finit par tomber. La malade guérit. La masse des fibroïdes, avec la moitié de l'utérus et les ovaires, pesait huit livres anglaises; la préparation est à Édimbourg[2]. Presque simultanément, le 20 avril de cette année, M. Kœberlé (de Strasbourg) extirpait avec succès un corps fibreux de l'utérus et les deux ovaires, en amputant en même temps toute la partie sus-vaginale de la matrice[3].

J'ajouterai, au témoignage de ces faits accomplis, l'opinion de M. Simpson, qui est favorable aux tentatives de ce genre comme elle l'était jadis à la pratique de l'ovariotomie. J'ai vu, dans la clientèle de

---

[1] West; *Diseases of Women*. pag. 308. London, 1858. — Statistiques de John Clay.

[2] *London médical Gazette*, 18 avril 1863.

[3] Communication à l'Académie des sciences, séance du 15 juin 1863.

cet illustre confrère, une femme qu'il a citée dans le temps comme un exemple d'élévation de la matrice produite par le développement d'un fibroïde utérin. La tumeur s'est accrue lentement, mais avec tant de persistance, qu'elle a atteint aujourd'hui des proportions énormes; il est presque impossible de voir une tumeur dure, fibreuse de l'utérus si démesurément volumineuse. Je n'ose apprécier le poids que peut atteindre une pareille masse. Eh bien! à son occasion, M. Simpson discutait sérieusement la possibilité de faire l'extraction de pareilles tumeurs en les pédiculisant, au besoin par la constriction de la portion sus-vaginale du col utérin.

Vous voyez que cette fameuse opération de l'extirpation de l'utérus revient, avec de nouveaux faits, sur le terrain de la discussion chirurgicale. Mais elle y revient, heureusement pour son avenir, dans d'autres conditions, avec d'autres méthodes qu'autrefois; elle y revient avec une autre manière d'aborder le péritoine et la tumeur elle-même, avec d'autres procédés hémostatiques, enfin avec une prétention plus modeste que celle d'enlever et de guérir le cancer.

Elle y revient, en quelque sorte, comme un moyen de traitement des polypes utérins sous-péritonéaux, car on peut dire qu'il n'y a que des transitions ou des nuances entre l'extirpation d'un corps fibreux utérin sous-péritonéal et pédiculé, celle d'un fibroïde utérin non pédiculé, et celle de l'utérus entier hypertrophié ou criblé de tumeurs fibreuses interstitielles dont le danger se rattache à une altération purement locale, sans aucune analogie avec les altérations profondes, humorales, *totius substantiæ,* qui caractérisent trop souvent le développement ou la présence d'un cancer. Entre l'extirpation des tumeurs fibreuses et de l'utérus entier, conçue et exécutée de cette manière, et l'extirpation des kystes ovariques multiloculaires pratiquée comme je viens de l'exposer, il n'y a pas de grandes différences, et l'analogie permet d'espérer un jour pour l'opération que je vous signale une réussite égale à celle que l'ovariotomie paraît atteindre à cette heure.

Je crois qu'il faut laisser au temps et aux faits le soin de nous éclairer, et que nous ne pouvons nous former encore une opinion raisonnée sur cet objet. Mais j'ai pensé devoir distraire les tentatives d'extirpation de l'utérus et de ses tumeurs fibreuses des autres opérations dont je veux encore vous entretenir, afin de les rapprocher de l'extirpation des ovaires dont elles semblent former un appendice naturel.

Je regrette, mon cher ami, que cette exposition ait été un peu longue. Si je me suis laissé entraîner par la discussion, c'est que la question que je viens d'agiter est doublement intéressante, parce qu'elle

est depuis quelque temps à l'ordre du jour, et qu'elle n'est pourtant pas encore jugée. Elle a trait d'ailleurs à une des opérations à la fois les plus graves et les plus salutaires de la chirurgie. J'espère vous avoir montré comment d'intrépides opérateurs, attachés au fait plus qu'à la théorie, habiles à perfectionner, ayant par-dessus tout le courage de leur opinion, ont appelé peu à peu, par l'accroissement dans la proportion de leurs succès, l'attention et l'approbation du monde chirurgical.

Aujourd'hui que les faits parlent assez haut, nous pouvons prendre pour des réalités l'espoir conçu par Morand, il y a près d'un siècle, et les heureux présages donnés il y a près de vingt ans à l'ovariotomie, par l'approbation éclairée de M. Simpson. Le temps n'est-il pas venu où, pour emprunter à ce chirurgien une heureuse expression, « nos connaissances élèveront un nouveau et glorieux monument à » l'art de guérir, et où cette hardiesse chirurgicale que des hommes » timides ont trop prématurément condamnée, finira par recevoir les » applaudissements de la profession ? »

Quatrième Lettre.

Opération de la fistule vésico-vaginale. — Périnéoraphie. — Inversion utérine. — Hystérotomie. — Pessaires.

Mon cher ami,

J'ai cité, dans ma première lettre, l'*opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine*, comme un exemple des succès que peut donner l'application sérieuse, logique, nécessaire, des lois de la réunion immédiate.

Je n'en parlais alors qu'en passant, pour rapprocher ces succès de ceux de l'ovariotomie, et vous montrer la part que les mêmes précautions paraissaient avoir dans la réussite de l'une et de l'autre. Permettez-moi de revenir ici sur cette intéressante opération, popularisée en France, notamment par les écrits de MM. Follin [1] et Verneuil [2], et par la pratique de quelques jeunes chirurgiens, non pas pour reproduire ces travaux, connus de tous, et redonner une description inutile d'une méthode adoptée en principe; mais pour essayer une remarque sur ce qu'il y a de vraiment utile dans la méthode, sur ce qu'il importe d'en conserver au point de vue pratique, en un mot sur ses éléments réellement curateurs et sur celui de ses divers temps, dont l'exécution est indispensable au succès.

Cette remarque peut amener à se poser la question de savoir s'il n'y a pas lieu de revenir au procédé primitif, déjà assez minutieux, d'une opération qui s'est compliquée encore entre les mains de ceux qui l'ont pratiquée depuis son inventeur; s'il n'y a pas lieu de simplifier la mé-

---

1 *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales.* Revue critique. (*Arch. génér. de médec.*, v^e série, tom. XV, pag. 457, 584. Paris, 1860.)

2 *Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine.* (*Gazette hebdomadaire*, janvier, février 1859.) — *Nouvelles observations de fistules vésico-vaginales, suivies de remarques sur les procédés américains.* (*Arch. génér. de médec.*, v^e série, tom. XIX, pag. 48, 297. Paris, 1862.)

thode même de M. Sims et de lui faire subir ainsi les perfectionnements les plus vrais, les plus enviables de toute opération chirurgicale.

Précisément le jour de mon passage à Paris, M. Marion Sims, qui réside depuis quelque temps en France, pratiquait une de ses opérations à l'hôpital des Cliniques. Je ne manquai pas cette occasion de le voir, et je le priai de m'exposer tous les temps de sa méthode et la manière de les exécuter.

Vous savez que M. Sims est le premier qui ait imaginé, ou, si vous aimez mieux, réglé l'opération en Amérique [1], et vous savez aussi qu'il l'exécute, sinon plus rapidement, du moins plus simplement que ceux qui l'ont suivi, et particulièrement que son élève M. Bozeman. Je suis porté à croire, en effet, que M. Bozeman a gâté plutôt qu'amélioré l'opération de M. Sims. Le changement de courbure apporté au spéculum n'est pas heureux. L'instrument, perfectionné, si l'on veut, en ce qu'il devient applicable à d'autres cas, semble être moins bien adapté à l'opération même de la fistule vésico-vaginale. La position de la malade sur les coudes et les genoux est plus incommode que celle de M. Sims, sur le côté gauche ou en demi-pronation. Les instruments ajoutés pour l'avivement, pour l'affrontement des lèvres de la plaie, pour la constriction des sutures, notamment la plaque de plomb et les grains de plomb perforés de la fameuse suture en bouton, compliquent l'arsenal du chirurgien et prolongent la durée de l'opération sans utilité réelle.

A Londres, M. Backer-Brown [2] pratique l'opération, en général, par la méthode des Américains. Il a emprunté à M. Marion Sims et à M. Bozeman leurs instruments et leur mode de procéder dans les divers temps de l'opération; mais il modifie au besoin la méthode suivant le cas. Voici, du reste, en substance, sa manière d'agir :

Il place la malade dans la même position que pour l'opération de la taille, hors quelques exceptions commandées par la situation de la fistule, la précipitation de la muqueuse vésicale ou le relâchement du vagin. Cette position procure l'avantage de pouvoir user du chloroforme, ce qui est difficile dans la demi-pronation et impossible dans la position sur les mains et les genoux. Il se sert du spéculum de M. Bozeman. Après avoir tracé par une incision les limites de l'avivement, il opère celui-ci en disséquant, à l'aide de deux petits couteaux courbes ou plutôt coudés, un pour chaque main, deux lambeaux qu'il a soin d'enlever chacun en une seule pièce. Quoiqu'un instrument inventé par M. Hilliard, sous le nom de *fistula-clamp*, pour saisir la portion de muqueuse

[1] M. Mettauer (de Virginie), M. Gosset (de Londres) et M. Hayward (de Boston), qui paraissent l'avoir pratiquée avant lui, n'ont pas pour cela créé la méthode, ni réglé les divers temps de cette délicate opération.

[2] *Surgical diseases of women*, pag. 112-174. London, 1861.

des deux bords de la plaie que l'on veut exciser, puisse faciliter quelquefois ce temps de l'opération, M. Backer-Brown préfère avec raison employer généralement des pinces ou une aiguille courbe. Pour la suture, il se sert des fils d'argent, de préférence aux fils de fer, qu'il accuse d'ulcérer les tissus, et pour les passer à travers les lèvres de la plaie, d'aiguilles creuses de Startin, inflexibles et de diverses courbures; il en a quatorze de courbures différentes pour suffire à tous les cas. La muqueuse vésicale est toujours laissée en dehors de la suture. Pour fixer les deux bouts du fil, il emploie une sorte de crampon (*bar-clamp*), mince lamelle de plomb pliée dans le milieu en forme de gouttière; cette gouttière est percée d'un trou à travers lequel on fait passer les deux extrémités du fil d'argent, après quoi l'on serre avec de fortes pinces sur le crampon pour les arrêter, et on les coupe au ras de leur sortie. Quelquefois, à l'imitation de M. Sims, il se contente de tordre les fils avec deux pinces, sans placer sur les extrémités ni bouton, ni crampon. Il croit inutile de mettre un pansement quelconque dans le vagin. Il laisse une sonde à demeure dans la vessie. Il ôte les sutures le dixième jour. — En 1861, M. Backer-Brown avait pratiqué 42 opérations, et il avait eu 39 succès.

M. Simpson [1] a adopté et propagé la même méthode.

Il place ses malades, comme M. Sims, en demi-pronation sur le côté gauche, ce qui permet de les chloroformiser, quoique l'opération, dit-il, ne soit pas aussi douloureuse qu'on pourrait le croire. Il se sert du spéculum en bec de cane de M. Sims, ou du même modifié par M. Bozeman, tout en formant des vœux pour l'invention d'un spéculum pouvant tenir tout seul. Pour aviver les bords de la fistule, il soulève la muqueuse vaginale avec un ténaculum à long manche ou une pince presse-artère, et la dissèque avec des couteaux ou des ciseaux, ou avec tous les deux (de préférence avec les couteaux de M. Backer-Brown), aussi largement que possible, en ayant soin de ne laisser sur les plaies aucune trace de cette muqueuse, et en ménageant, bien entendu, la muqueuse vésicale qui doit rester intacte. — Pour appliquer la suture, il se sert de l'aiguille creuse de Startin aidée d'un crochet mousse, ou de la petite fourche (*director*) de M. Bozeman. Il la fait pénétrer à un demi-pouce en dehors de la plaie, de chaque côté de la fistule, en ayant soin de ne pas traverser la muqueuse vésicale. Enfin, il se sert par-dessus tout de la suture métallique : c'est principalement à elle qu'il attribue le succès de l'opération. De tous les fils employés pour cette suture, il préfère les fils de fer, qui ne s'oxydent pas, n'ulcèrent pas les tissus, quoi qu'on en ait dit, et qui ont l'avantage d'être plus tenaces, plus résistants que tous les autres. — Pour coapter les bords, le docteur Bozeman réunit

---

[1] *Clinical lectures on diseases of women*, 1863, pag. 21-40.

les deux fils par le *suture-adjustor;* mais, dit M. Simpson, les doigts suffisent. — Pour assurer le rapprochement des fils et consolider la coaptation des parties, M. Simpson regarde le *bouton-suture* de M. Bozeman comme un perfectionnement important sur la simple torsion de M. Sims, tout en lui reconnaissant les inconvénients résultant du poids de la plaque de plomb et de la persistance de son dérangement lorsque celui-ci vient exceptionnellement à se produire. On peut le remplacer par une plaque de plomb sur laquelle on place une petite barre transversale embrassée par les fils qui sont tordus au-dessus. Mais M. Simpson lui préfère une sorte de fanon quadrangulaire formé par des fils de fer tordus, entre lesquels on ménage, sur chaque côté correspondant aux points de suture, des ouvertures par lesquelles on passe les fils, pour les réunir ensuite et les tordre sur l'un des côtés à l'aide d'un instrument ingénieux de Coghill. — Les soins consécutifs consistent notamment à placer dans la vessie un court cathéter sigmoïde de métal flexible, avec quatre rangées de trous à un bout et une gouttière à l'autre, qu'on doit nettoyer deux fois par jour, tandis qu'on lave le vagin avec de l'eau tiède; puis à ôter les fils en les coupant simplement avec des ciseaux du huitième au dixième jour, et à ôter en même temps l'attelle quadrangulaire en fils de fer qui était retenue par eux.

D'après l'analogie entre la manière d'opérer de ces divers chirurgiens, d'après l'imitation de leurs procédés en France, on peut être amené à conclure que tous les temps de l'opération ont une importance, sinon égale, du moins considérable, car aucun de ces temps n'a été négligé par ceux qui se sont attachés à suivre la méthode américaine. On voit bien que, pour chacun d'eux, le succès semble dépendre de l'observation particulière d'un précepte plutôt que d'un autre : d'abord, pour tous, l'avivement exact de la plaie, sans y laisser un reste de muqueuse, est d'une importance majeure; après cela, pour les uns, la suture métallique est la condition indispensable de la réussite (Sims, Simpson); pour d'autres, c'est la consolidation de l'affrontement à l'aide de la plaque de plomb, des crampons, etc. (Bozeman, Backer-Brown). Mais ils n'en suivent pas moins la même méthode pas à pas, sans introduire dans quelqu'un de ses divers temps une différence essentielle. L'avivement de la muqueuse vaginale, le refoulement de la muqueuse vésicale, la suture métallique, l'assurance de la coaptation, la sonde à demeure après l'opération, paraissent à tous ces opérateurs avoir une importance majeure, sinon égale, et participer à la fois au succès de l'opération.

Cette observation exacte, scrupuleuse, minutieuse, de tous les préceptes des créateurs de la méthode, rend difficile de juger quel est en réalité le plus important de ces divers temps, quel est celui de ces préceptes qu'il n'est pas possible d'omettre sous peine d'échouer.

Sous ce rapport, j'ai eu la bonne fortune de rencontrer un chirurgien qui, prenant dans la méthode américaine ce qu'il a jugé bon, n'a pas craint de la modifier selon ses idées, et qui a obtenu des succès propres à mesurer le degré d'importance des divers temps dont je viens de parler. Je ne puis dire que j'aie vu pratiquer l'opération de cette nouvelle manière, ni que j'aie constaté ses heureux résultats chez des malades l'ayant subie. Mais je me hâte de nommer M. Spencer Wells, car c'est lui qui m'a communiqué sa manière d'opérer, et je ne doute pas que son honorabilité ne soit un sûr garant de l'authenticité des faits dont je ne puis être que le nouvelliste.

Or, ce chirurgien m'a assuré qu'il n'emploie ni les fils métalliques, ni le bouton de Bozeman, les grains de plomb, les crampons, les fanons métalliques, ni les plaques protectrices, etc., etc., qui paraissent indispensables pour donner à la suture le caractère que nous lui connaissons et assurer le succès de son application. Il se sert tout simplement de fils de soie au lieu de fils métalliques; il a soin seulement de rapprocher autant que possible les points de suture et de les retirer de bonne heure (du quatrième au sixieme jour). Bien plus, il ne fait usage d'aucune sonde à demeure et ne pratique pas le cathétérisme chez ses malades, lesquelles se servent seulement de l'urinal particulier aux femmes, de manière à pouvoir uriner sans aucun déplacement. Il va sans dire que tous les autres temps, exécutés avec soin, ne diffèrent pas des temps correspondants de la méthode américaine.

Si je ne me trompe, cette communication donne lieu à réfléchir et à se demander s'il n'y a pas, dans la méthode américaine, des particularités inutiles, peut-être même nuisibles au succès de l'opération, par exemple le contact de la plaque ou des crampons de plomb avec le vagin, avec la ligne de réunion; par exemple la présence continue dans la vessie de la sonde, d'ailleurs si ingénieuse, qui est retenue d'elle-même et par le seul effet de sa courbure dans la cavité vésicale.

Assurément, il y a quelques points qui priment tous les autres: l'étendue et l'exactitude de l'avivement aux dépens de la muqueuse vaginale, le passage de la suture à travers cette muqueuse en respectant celle de la vessie, le redressement des bords de la muqueuse vésicale vers la cavité de cet organe, par le fait même du rapprochement des bords de la fistule, enfin le nombre et la constriction des points de suture, de manière à rendre sur toutes les parties de ces bords l'affrontement aussi parfait et aussi invariable que possible. Ce sont là, sans aucun doute, les conditions les plus importantes du succès. Il reste à se demander si ce ne sont pas en réalité les seules.

La *périnéoraphie* est une opération destinée à réparer la partie inférieure de la cloison vagino-rectale détruite par la déchirure du périnée à

la suite de l'accouchement. Le procédé le plus simple et le plus répandu en France est celui de Roux, qui consiste à aviver les lèvres de la division et à les réunir par une suture enchevillée. Il est suffisant pour les cas simples, mais il échoue dans un grand nombre d'autres, par suite de la profondeur de la déchirure, de la difficulté de la coaptation, du tiraillement des lèvres de la plaie, etc.

Vous vous rappelez, mon cher ami, que, pour obvier à ces inconvénients et surtout aux derniers, Dieffenbach pratiquait de chaque côté, à deux centimètres des lèvres de la plaie, une incision semi-lunaire destinée à les mobiliser, à favoriser leur rapprochement et à maintenir leur coaptation, pour laquelle il employait ensuite la suture entrecoupée au milieu, entortillée aux deux extrémités.

Mais la vraie cause du tiraillement défavorable à l'action des sutures est moins le manque de peau que la contraction du sphincter de l'anus. Cette cause a été pressentie depuis longtemps, puisque Mercier a proposé en 1839 de *fendre le sphincter* pour déterminer le relâchement du périnée [1]. M. Chassaignac, qui paraît avoir oublié que ce précepte a été déjà donné, dit : « Un moyen auxiliaire presque indispensable pour assurer le succès de la périnéoraphie, c'est, suivant moi, la *section du sphincter anal* en arrière, soit à droite, soit à gauche [2]. »

Je crois que ce moyen est en effet le meilleur à employer, et qu'il doit compléter toujours l'opération, si j'en juge par les nombreux succès obtenus par M. Backer-Brown. J'ai vu ce chirurgien pratiquer la périnéoraphie de cette manière, avec une rapidité et une dextérité peu communes. Comme son procédé n'est pas répandu chez nous, je vais vous rappeler ici les divers temps qui le caractérisent, et qu'il a, du reste, décrits lui-même avec soin, en faisant suivre sa description d'observations nombreuses et concluantes [3].

La malade, chloroformisée, est placée dans la position de la lithotomie, les cuisses fléchies sur le bassin. Les poils étant bien rasés à droite et à gauche, et les bords de la déchirure tendus d'un côté par les mains des aides, le chirurgien pratique une incision nette, d'une longueur égale à celle de la déchirure, à une distance d'un demi-pouce environ de sa limite externe, assez profonde pour permettre de rejeter en dedans par la dissection la membrane muqueuse, et de rendre saignante toute la surface qui s'étend entre la première incision et une seconde incision pratiquée en dernier lieu le long de la limite interne de la déchirure. L'avivement du côté opposé est pratiqué ensuite de la même

---

[1] Velpeau; *Médecine opératoire*, tom. IV, pag. 465.

[2] *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, tom. II, pag. 915. Paris, 1862.

[3] *On surgical diseases of women*, 2e édit., pag. 1-78. London, 1861.

manière. Enfin, la membrane muqueuse de la partie intermédiaire ou d'une portion du septum recto-vaginal est également disséquée, de manière à rafraîchir la partie moyenne comme les deux côtés de la plaie. Il faut que l'avivement soit parfait; car le plus léger vestige de membrane muqueuse établirait très-certainement une fistule, qui demeurerait ouverte quand tout le reste des surfaces de la déchirure serait réuni. Le bistouri est préférable aux ciseaux pour opérer cet avivement.

Aussitôt que ce premier temps de l'opération est achevé, le sphincter de l'anus est divisé des deux côtés, à environ un quart de pouce en avant de son attache au coccyx, par une incision dirigée en dehors et en arrière. Cette division doit être faite par un bistouri droit boutonné qui, ayant été introduit en dedans de la marge de l'anus, guidé par l'index de la main gauche, est dirigé vivement et avec fermeté à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'étendue d'un pouce et même de deux pouces, en dehors de l'orifice anal, ainsi qu'à travers les fibres du muscle sphincter qui environnent immédiatement cet orifice, mais en laissant intactes celles qui sont situées plus profondément.

Le sphincter ayant été divisé, les cuisses doivent être rapprochées sans changer la position de la malade, et l'on fait l'application de la suture enchevillée de la manière suivante.

La surface saignante gauche et les tissus qui lui sont externes étant saisis vigoureusement entre l'index et le pouce de la main gauche, une forte aiguille courbe à manche, armée d'un fil double, est enfoncée avec la main droite à travers la peau et le tissu sous-jacent, à un pouce en dehors de la surface saignante, et poussée en bas et en dedans, jusqu'à ce que sa pointe apparaisse sur le bord postérieur de cette surface. La pointe de l'aiguille est ensuite introduite sur le bord correspondant de la surface dénudée du côté opposé et traverse au-dessous d'elle, en se dirigeant en haut et en dehors, jusqu'à ce qu'elle sorte à une distance du bord externe du côté droit, égale à celle de son entrée du côté gauche. L'introduction de chaque suture doit suivre un chemin analogue, la première étant placée très-près du rectum. Deux sutures suffisent souvent, mais quelquefois il en faut trois. — Les sutures sont doubles. Leurs anses sont passées d'un côté autour d'une cheville ou (comme on le pratique actuellement) d'un fragment de bougie ou de sonde élastique, tandis que leurs deux chefs terminaux sont serrés de l'autre côté et noués fortement sur une autre cheville de manière à tendre les fils. — Pour ces sutures, M. Backer-Brown préfère à la soie un cordonnet fort, bien ciré, parce qu'il le croit moins irritant et produisant moins de suppuration.

Les sutures enchevillées étant bien assurées, les lèvres de la plaie se trouvent rapprochées et les surfaces dénudées coaptées. Pour réunir les bords de la peau le long de la ligne médiane, il est bon d'y appliquer

trois ou quatre points de suture entrecoupée, avec des fils métalliques de fer ou d'argent, ou de cuivre argenté. S'ils sont placés avec soin, la réunion de la peau aura lieu promptement, et celle des parties plus profondes sera facilitée.

Avant de terminer l'opération, l'index de la main droite doit être introduit dans le vagin, et celui de la main gauche dans le rectum, pour s'assurer que la coaptation est complète d'un bout à l'autre de la rupture.

Le nettoyage de la plaie, les fomentations d'eau froide et l'application d'un bandage en T, constituent le pansement.

Il faut entourer enfin l'opérée de soins minutieux, la coucher du côté gauche sur un coussin à eau, les cuisses dans la flexion. On mettra de la glace sur le périnée, surtout s'il y a menace d'hémorrhagie. — Les premiers jours on pratique le cathétérisme sans changer la position de la malade, et en ayant soin de ne pas laisser l'urine toucher le vagin. Lorsque l'opérée peut faire quelque mouvement, on la laisse uriner toute seule, en la faisant accroupir sur les mains et les genoux.

Après cinquante-quatre heures en moyenne, on ôte les sutures profondes; après six à sept jours, les sutures entrecoupées.

De 1851 à 1861, M. Backer-Brown a pratiqué quatre-vingt-une fois cette opération. Il n'a perdu que trois malades; la mort a été causée par la pyohémie.

Vous savez, mon cher ami, que j'ai eu le bonheur de réduire, avec un plein succès, un *renversement de matrice chronique*, par un procédé nouveau qui m'est particulier. Vous ne vous étonnerez donc pas que j'aie profité de mon séjour en Angleterre pour m'informer auprès de M. Simpson des observations que sa vaste expérience avait pu lui fournir sur le même sujet, et d'entretenir M. Tyler Smith de son ingénieux et salutaire procédé de réduction.

M. Simpson, malgré l'étendue de sa pratique, n'a été appelé que trois fois à tenter la réduction du renversement de la matrice, et chaque fois il a eu le bonheur de l'accomplir. Chaque fois, l'inversion s'était produite à la suite de l'accouchement. Dans un cas, la maladie datait seulement de quelques heures (je crois que c'est à ce cas que se rapporte l'observation que j'ai reproduite, d'après le *Edinburgh medical journal*, dans le *Montpellier médical*, n° 6, tom. X, pag. 563, juin 1863); dans un autre, elle datait de huit mois; dans un troisième, de dix ans.

Dans chaque cas, bien que le col fût rétracté, l'utérus était mou et son tissu se laissait aisément retourner. L'orifice ne se laissait pas entr'ouvrir aussi facilement. Pourtant, sous l'influence de la chloroformisation, les doigts de la main droite réunis en cône et pressant d'une manière continue sur le fond, pendant que la main gauche appuyait

sur l'hypogastre, parvinrent à déprimer peu à peu le corps de l'organe et à lui faire franchir le col.

Dans le cas le plus ancien, qui nécessita le plus d'efforts, le chirurgien s'aperçut, après la réduction, que le tissu du corps de l'utérus, tiré en sens opposés par l'intensité de la pression et la résistance du col, avait fini par céder et par se déchirer, comme le témoignait l'existence, dans la paroi de la cavité utérine, d'une sorte de boutonnière à travers laquelle le doigt pouvait s'engager. Le rétablissement n'en fut pas moins complet; il ne fut même entravé par aucun fâcheux accident. M. Simpson croit que cette déchirure, si aisée à produire, peut arriver fréquemment, mais qu'elle n'entraîne aucune suite funeste. A l'aide de quelques précautions, du repos, des applications froides, etc., pour prévenir le développement de la péritonite, cette déchirure guérit d'autant plus facilement que l'utérus, en se rétractant, semble réduire d'autant ses dimensions.

Pareil accident m'est arrivé, il y a peu de temps, à la suite de tentatives de réduction infructueuses d'une inversion utérine chronique. Dans ce cas, il y a une très-grande probabilité, sinon certitude absolue, que la réduction a été empêchée par l'existence d'adhérences entre les divers points de l'enveloppe séreuse de la matrice retournée sur elle-même. D'une part, en effet, la malade avait été longtemps retenue au lit, après ses couches, par des accidents qu'on ne peut rattacher qu'à une métro-péritonite. D'autre part, en appliquant à ce cas mon procédé de réduction, je sentais les doigts de ma main droite tenir si solidement le col à travers le rectum, et me donner une assurance si formelle de sa dilatabilité, pendant que ceux de ma main gauche refoulaient peu à peu le corps de l'organe à travers son orifice, que je ne doute pas d'avoir pu le réduire, si des adhérences solides n'avaient retenu en contact les uns avec les autres plusieurs points de la surface convexe de l'utérus devenue concave par l'effet du renversement. Au lieu donc de se retourner et de franchir le col, le tissu de l'organe se déchira et laissa mon doigt arriver sur le péritoine. Malgré ce traumatisme et la prolongation du taxis, qui fut d'autant plus énergique et d'autant plus soutenu qu'il fut moins fructueux, la malade n'éprouva aucun accident, et put subir depuis lors un autre traitement destiné à lui rendre son infirmité tolérable.

Les trois observations de M. Simpson prouvent que les inversions chroniques ne sont pas toujours irréductibles. Mais il faut reconnaître en même temps que ce sont des cas heureux et qu'on ne peut se promettre un aussi facile résultat, si ce n'est dans de rares occasions.

Un des meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours, lorsque les premières tentatives de réduction ont échoué, est celui de M. Tyler Smith. Par la pression continue d'un pessaire à air introduit

et gonflé dans le vagin, ce médecin est parvenu à réduire, au bout de quelques jours, une inversion complète de l'utérus durant depuis environ douze ans. Son observation est accompagnée de réflexions très-ingénieuses sur le rôle du pessaire dans ce cas : non-seulement la pression diminue le volume du corps de l'utérus, mais elle se transmet du corps sur le col, et produit petit à petit dans ce dernier des modifications intimes et une dilatation progressive de bas en haut, analogues à celles que lui font subir la pression d'un polype chassé de haut en bas par les contractions utérines, ou celle d'une éponge préparée qui se dilate dans l'orifice [1].

Ce procédé a été imité avec succès par M. Bockendahl, dans un cas d'inversion utérine datant de six ans [2], et je ne manquai pas de l'essayer moi-même chez la jeune dame que j'ai guérie. Mais l'irritabilité nerveuse était portée chez elle à un tel degré, qu'il lui fut impossible de supporter un corps étranger quelconque dans le vagin, pour si peu de temps que ce fut; à peine la canule d'un irrigateur et le passage de l'eau fraîche pouvaient-ils être tolérés sans produire des accidents nerveux plus ou moins graves. C'est alors que je fus amené à imaginer le procédé qui réussit d'une manière si complète, et que j'ai communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie de Médecine.

Les recherches auxquelles j'ai été entraîné pour créer mon opération, m'ont conduit peu à peu à comparer entre elles toutes les observations qui sont dans le domaine scientifique, et à essayer un travail d'ensemble sur l'*inversion utérine*. Notre littérature, relativement assez riche il y a soixante ans, est aujourd'hui très-pauvre sur cet intéressant sujet. En France, aucun écrit important n'a suivi la thèse de Dailliez [3]. En Angleterre, on possède celui de Crosse [4], qui ne date que d'une quinzaine d'années, vraisemblablement interrompu par la mort de l'auteur, et auquel il ne manque que le chapitre relatif au traitement. Outre que cette lacune est importante, il s'est produit, depuis cette publication, nombre de faits récents; l'application de l'anesthésie a modifié le pronostic et le procédé opératoire; la question de l'extirpation, à défaut de la réduction, peut être traitée avec des documents nouveaux et des instruments chirurgicaux d'invention moderne. J'espère donc que mon travail n'arrivera pas à un moment trop inopportun.

---

[1] *Medico-chirurgical Transactions*, tom. XLI, pag. 1833. London, 1858.
[2] *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1861, pag. 95.
[3] *Essai sur le renversemevt de la matrice*. Paris, 1803.
[4] *An essay litterary and practical on inversio uteri*, dans les *Transactions of the provincial medical and surgical association*, tom. XV, pag. 285; 1845, et tom. XVII, pag. 243; 1847.

Dans cette opinion, j'ai fait quelques recherches d'anatomie pathologique.

Au musée Dupuytren, on trouve trois pièces relatives à l'inversion utérine : nos 352, 353, modèles en cire d'inversion utérine récente après l'accouchement. L'observation est rapportée par M. Horteloup dans le *Répertoire d'anatomie* de Breschet, et accompagnée de deux planches lithographiques reproduisant les modèles en cire ; — no 350. Pièce conservée; inversion utérine improprement appelée commençante (Thillaye). (Voyez le *Catalogue* par M. Houel, pag. 269.) Cette pièce est probablement relative à l'observation rapportée par Bayssełance et citée par Dailliez; car il est dit qu'on fit dessiner et modeler la pièce pour les cabinets de l'École. Or, le no 351 est le modèle de cire de la pièce précédente ; — no 351 A. Invagination du fond de l'utérus survenue onze jours après l'accouchement. La pièce a été recueillie dans le service de M. Nélaton et présentée à la Société anatomique par M. Després [1].

Dans le musée de Hunter, au Collége des chirurgiens de Londres, je n'ai trouvé que deux pièces relatives au même sujet : no 2654, inversion d'un utérus hors la gestation prise pour un polype, ligature, mort ; (observation de Hunter). Introsusception ; — no 2654 *bis*. Inversion utérine chronique et complète. Cette pièce, non décrite dans le catalogue, m'a paru ressembler tellement à celle que M. Forbes a décrite et figurée dans son mémoire (*Cas d'inversion de l'utérus après l'accouchement terminé par la mort en dix-huit mois* [3], etc.), que je pense bien que c'est elle-même.

Vous voyez que je n'ai pas fait dans les collections une abondante récolte.

J'avais à consulter encore l'ouvrage d'un ancien accoucheur, cité par Beaudelocque, Dailliez, Ségard et par les écrivains plus récents, à l'occasion de l'inversion utérine et des polypes. Je n'y ai guère trouvé que ce que je connaissais déjà par les citations que j'en avais lues ; mais j'ai eu l'occasion d'admirer la complaisance extrême des employés de la belle bibliothèque du *British Museum* où je l'ai trouvé ; et comme tout plaisir se paie par une peine ou du moins par un regret, j'ai emporté celui de ne pouvoir mettre plus souvent et plus longuement à profit la richesse de cette collection et les prévenances infinies des bibliothécaires.

N'abandonnons pourtant pas l'ouvrage de Denman (c'est de lui qu'il s'agit) sans en dire un mot.

---

[1] *Bullet. de la Société anatomique*, 2e série, tom. V, pag. 399. Paris, 1860.

[2] Voyez le catalogue du musée de Hunter : *Pathological specimens*, tom. IV, pag. 299.

[3] *Medico-chirurgical Transactions*, tom. XXXV, pl. I, pag. 152. London, 1852.

Je sais, mon cher ami, que vous ne dédaignez pas un peu de bibliomanie, et que vous fouillez à l'occasion dans les feuilles jaunies des bouquins. Je vous apprendrai donc que l'ouvrage de Thomas Denman que j'allai consulter est intitulé : *Engravings representing the Generation of some Animals, some Circunstances attenting Parturition in the human Species an a few of the Diseases to which the sex is liable. London, 1815.* C'est une collection de 17 planches, avec leur explication, commencé en 1787, à laquelle Segard [1] avait emprunté une figure, entre autres, représentant un renversement de matrice produit par l'expulsion d'un *polype*, et dans laquelle je tenais à rechercher s'il existait quelque autre exemple de la maladie dont je m'occupais.

Outre les deux figures, reproduites par Ségard, d'une inversion utérine, découverte seulement vingt-quatre heures après l'accouchement, ayant amené la mort au bout de quelques mois, par suite d'hémorrhagies profuses, et d'une excroissance du fond de l'utérus avec inversion de cet organe, on y trouve deux autres exemples d'inversion. La planche XVI représente un polype de l'utérus, avec entraînement commençant du fond de l'organe. La planche XVII représente un polype avec inversion utérine : «La ligature, dit Denman, fut appliquée sur l'utérus. La malade mourut quatre ou cinq jours après l'opération. L'utérus avait été considérablement divisé par la ligature avant la mort.» — Ce sont là des illustrations intéressantes pour l'histoire de la production du renversement de matrice.

Une autre planche représente l'utérus et l'œuf contenu, chez une femme morte sept semaines après la conception. On y voit bien que la caduque est ouverte en bas, comme dans la figure de W. Hunter, où l'on remarque deux stylets passés par les orifices des trompes, et sortant ensemble par l'orifice du col. Ces figures sont démonstratives de la nature de la membrane caduque, sur laquelle on avait bâti ce singulier roman anatomique de l'exsudation plastique et de l'organisation d'une fausse membrane close de toutes parts, dont l'œuf était censé se coiffer, avant que Coste eût démontré qu'elle n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée. La part que j'ai prise, il y a déjà longtemps [2], à la démonstration de ce fait et à la défense de la vérité, au détriment d'une hypothèse injustifiable, a donné pour moi un sérieux intérêt à cette nouvelle rencontre.

Mais je reviens, mon cher ami, aux opérations que j'ai vu pratiquer sur l'utérus. Il en est une que j'ai pratiquée depuis longtemps, et plusieurs fois, soit contre l'atrésie, soit contre l'étroitesse congénitale ou

---

[1] *Dissertation inaugurale sur les polypes utérins.* Paris, 1804.

[2] *De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine.* Montpellier, 1845.

acquise de l'orifice utérin. Cette opération, désignée sous le nom d'*hystérotomie* ou de *métrotomie*, n'est, à vrai dire, qu'un débridement unique ou multiple, superficiel ou profond, de l'un ou des deux orifices du col, de l'orifice cervico-vaginal, ou de l'orifice cervico-utérin. Il ne faut pas la confondre, comme sa dénomination pourrait le faire supposer, avec la résection partielle du col, et encore moins avec l'amputation ou l'ablation du corps, dont je vous ai entretenu précédemment.

La résection du col est une opération utile, par laquelle j'ai obtenu souvent des guérisons vainement sollicitées par d'autres traitements. Vous savez jusqu'à quelles limites et avec quel succès elle a été pratiquée par M. Huguier, pour combattre cet allongement hypertrophique qui abaisse le museau de tanche et souvent le vagin, de manière à simuler un prolapsus. L'expérience de tous les jours, les observations que j'avais faites même antérieurement à la publication de M. Huguier, les guérisons que j'ai obtenues en pratiquant son opération, me font regarder ce travail comme un des plus importants qui aient été produits, dans ces dernières années, sur la pathologie et le traitement des maladies de matrice.

L'hystérotomie n'est pas moins utile, soit contre l'aménorrhée et la dysménorrhée, soit contre la stérilité. Dès que j'eus l'occasion de m'occuper de maladies utérines, je me rappelai la remarque que ne manquait pas de nous faire Lisfranc au sujet de la stérilité. Une condition presque invariablement liée à la stérilité, c'est, disait-il, la conicité du col, avec ou sans étroitesse de l'orifice. Quant à l'étroitesse de l'orifice, congénitale ou acquise, quoiqu'elle soit un obstacle moins constant, elle n'en est pas moins un empêchement fréquent à la fécondation. Vous savez qu'il existe beaucoup d'autres empêchements de ce genre, qu'il nous est donné de modifier, de lever quelquefois, d'une manière assez complète pour que, dans maintes circonstances, nous ayons un espoir fondé de combattre efficacement la stérilité. Au lieu d'aller demander vainement aux eaux minérales telle modification inconnue, réputée souveraine contre la stérilité, mainte femme ferait bien mieux de chercher dans la dilatation du col, son débridement, sa résection, etc., le vrai remède à l'imperfection anatomique de ses organes, seule cause de leur imperfection physiologique.

Quoi qu'il en soit, l'utilité de l'hystérotomie étant admise dans des limites très-étendues, il reste à se procurer les meilleurs instruments pour la pratiquer.

Je me suis servi jusqu'ici des instruments les plus simples : une sonde cannelée, à longue tige, portée sur un manche, et introduite dans l'utérus comme le cathéter utérin, qui est admis depuis peu d'années dans la pratique gynécologique ; un bistouri à lame courte comme celle d'un ténotome, pointu ou boutonné suivant le cas, également à

longue tige, porté sur un manche, et introduit dans l'utérus sur la cannelure du cathéter. Ces seuls instruments, employés avec l'aide du spéculum, m'ont permis, dans un nombre de cas déjà considérable, d'obtenir la guérison radicale de divers accidents dysménorrhéiques, et notamment de faire cesser une stérilité que plusieurs années de durée avaient fait regarder comme incurable, par des hommes peu familiarisés avec l'exploration sérieuse de l'utérus et le traitement rationnel de ses maladies.

Je n'ai donc pas été étonné de voir l'hystérotomie pratiquée fréquemment en Angleterre, et je ne vous en aurais peut-être pas entretenu, si je n'avais désiré vous signaler deux instruments imaginés pour simplifier l'opération et la rendre plus rapide.

Le premier de ces instruments, dont l'invention remonte à quelques années, est de M. Simpson. Cet hystérotome ou métrotome est une sorte de bistouri caché ressemblant, pour son mécanisme, au lithotome simple. Il consiste en une lame étroite cachée dans une gaîne, n'ayant pas plus de trois à quatre centimètres de long dans sa portion tranchante, et munie d'une saillie-arrêt qui détermine la limite de sa pénétration dans le col utérin. A l'aide d'une bascule, dont le développement est aussi limité par la rencontre d'une vis, on peut faire sortir la lame au degré qu'on veut. Après avoir débridé le col d'un côté, on y introduit de nouveau l'hystérotome pour le débrider de l'autre. Cette opération se pratique sans spéculum, en conduisant l'instrument sur le doigt indicateur de la main gauche; la femme étant couchée sur le côté gauche, comme elle l'est toujours en Angleterre pour l'accouchement, pour le toucher, et pour la plupart des opérations que l'on peut exécuter dans cette position.

Le second a été imaginé récemment par le docteur Greenhalgh, et fabriqué par M. Weiss. Il est remarquable par la régularité de sa marche et la perfection de sa construction. Il renferme dans son extrémité terminale, longue de trois à quatre centimètres, deux lames cachées, l'une droite l'autre gauche, qui, lorsqu'on les fait sortir, coupent dans leur marche le tissu du col de dedans en dehors, à une profondeur qui va croissant à mesure qu'elles avancent de l'orifice supérieur à l'orifice inférieur. Cet instrument, dont la description complète demanderait le secours d'une figure, me paraît n'avoir qu'un défaut : une complication dans sa construction, qui en rendra toujours l'acquisition coûteuse et l'entretien difficile.

Je ne sais pourtant pas si l'on adoptera la simplification que M. Charrière[1] a tenté de lui faire subir, en fabriquant l'hystérotome à deux lames sans gaîne. La superposition des deux lames suffit bien pour permettre

[1] *Académie de médecine*, séance du 24 juin 1862.

l'introduction de l'instrument avec tous les avantages des lames cachées ; mais quand on les fait diverger pour couper le col, l'absence de la gaîne, qui devrait rester dans l'axe du col, ôte sans doute à l'instrument l'assurance et la régularité si nécessaires à sa progression. Je crains aussi que cet instrument ne puisse déterminer, par lui-même, un accroissement régulier de haut en bas dans la profondeur de l'incision. Il en résulte que le perfectionnement de M. Greenhalgh attend encore une simplification désirable, pour voir son instrument se répandre dans la pratique.

Les tiges dilatatrices que l'on peut introduire dans l'utérus, sans les y laisser à demeure, après l'hystérotomie, pour empêcher l'étroitesse de se reproduire, me font songer à celles que M. Simpson introduit journellement dans le col pour le traitement des dysménorrhées ou des aménorrhées qui dépendent d'une étroitesse de l'orifice ne réclamant pas de toute nécessité l'hystérotomie. Je ne puis vous parler de celles-ci sans vous rappeler la tige intra-utérine, et les diverses sortes de soutiens ou de tuteurs de la matrice placés à demeure dans le vagin, en un mot les divers appareils connus sous le nom de *pessaires*.

Pour la dilatation simple de l'orifice du col, traitement applicable à la dysménorrhée mécanique, M. Simpson se sert de tiges dilatatrices ou plutôt de pessaires dont les tiges ont un diamètre de plus en plus grand, comme les sondes avec lesquelles on dilate le canal de l'urètre. Mais, outre ces pessaires, dont l'action principalement mécanique est limitée aux orifices du col, M. Simpson introduit quelquefois dans l'utérus des pessaires à tiges plus longues destinées à pénétrer évidemment jusque dans la cavité du corps de l'organe.

Ces derniers consistent simplement dans un ellipsoïde ou bulbe de de cuivre creux, très-léger, d'un grand diamètre de deux centimètres et demi, percé d'un trou à sa face inférieure pour admettre une tige qui en facilite l'introduction, et dont la face supérieure porte dans son milieu une tige creuse qui s'élève jusqu'à une hauteur de six à sept centimètres; la moitié inférieure de la tige est de cuivre comme le bulbe, la supérieure est de zinc. Lorsque la tige est introduite dans l'utérus, la face supérieure du bulbe touche le col, sa face inférieure appuie sur le vagin et retient l'instrument en place. Je ne parle pas des difficultés que l'on peut éprouver à les faire pénétrer, et qui sont aisément levées par des manœuvres familières à ceux qui ont l'habitude du cathétérisme utérin. Je me contente de signaler l'application que M. Simpson en fait au traitement de l'aménorrhée. Ce chirurgien attribue leurs effets, non-seulement à leur présence, à leur contact avec les tissus; mais encore à l'action galvanique qu'il suppose se développer par la présence simul-

tancée des deux métaux, et qui favorise, d'après lui, le mouvement fluxionnaire vers les ovaires et vers tout l'appareil utéro-ovarien.

Le même chirurgien emploie contre l'aménorrhée un autre moyen que je vous signalerai en passant, comme complément du précédent. Il applique ce qu'il appelle une ventouse sèche dans l'intérieur de l'utérus. Cette ventouse n'est pas autre chose qu'une sonde creuse percillée de trous à son extrémité terminale, vissée par son autre extrémité sur une petite pompe aspirante. A mesure qu'on fait le vide dans le corps de pompe et dans tout l'appareil, on exerce une sorte d'aspiration sur la muqueuse utérine, qui vient s'appliquer sur les petites ouvertures de la sonde, se fluxionne et finit par laisser le sang suinter, après quelques applications répétées plusieurs jours de suite, ou réitérées au moment de plusieurs époques menstruelles consécutives.

Pour en finir avec les pessaires à tige, je vous rappellerai le pessaire introduit par Valleix dans le traitement de l'antéflexion. Celui de M. Simpson se compose d'un simple bulbe surmonté d'une tige de six à sept centimètres de long, en métal creux, très-léger, et d'une tige vaginale dont une des extrémités pénètre dans le bulbe du pessaire, tandis que l'autre tient à une sorte de plastron en fil métallique, flexible, venant s'appliquer et se mouler sur le pénil. La simplicité de cet appareil m'a paru bien supérieure à la complication que Valleix y a apportée en guise de perfectionnement. Je ne puis me dissimuler que cette complication ne soit nuisible à l'action de l'appareil, en donnant à l'utérus une immobilité absolue, au lieu de l'immobilité relative que lui donne la simplicité de l'appareil primitif. Il est préférable, en effet, tout en soutenant le corps et le col de l'utérus par un tuteur unique qui les empêche de se fléchir l'un sur l'autre, de laisser à l'utérus entier une mobilité relative eu égard au vagin et au petit bassin. Je ne doute pas que, à ce point de vue, l'appareil primitif ne soit moins dangereux que l'appareil de Valleix ne l'a été en France, où plusieurs accidents graves en ont fait abandonner à peu près complètement l'emploi.

Du reste, je n'ai pas eu le temps de voir assez souvent l'application des divers appareils que je viens de vous décrire, ni de suivre assez longtemps les malades qui l'ont subie, pour avoir une opinion positive ou expérimentale sur les résultats qu'on en obtient en Angleterre. Mais je ne doute pas qu'on ne trouvât quelque avantage à les essayer en France.

J'ai pu voir, au contraire, le soulagement que quelques malades ont éprouvé de l'application de certains pessaires simples ou extra-utérins; c'est pourquoi je ne terminerai pas cette lettre sans vous en dire quelques mots.

Vous savez combien nos anciens pessaires sont embarrassants, soit par la pression directe qu'ils exercent sur l'utérus, soit par le contact

étendu de leur point d'appui sur le vagin. Vous savez qu'on a cherché à les remplacer par des pessaires à deux plaques mobiles autour d'une charnière, pouvant être introduits fermés, se développant lorsqu'on les a introduits, distendant la partie supérieure du vagin, et soutenant l'utérus par le moyen détourné de cette distension, c'est-à-dire indirectement. Zwanck (de Hambourg), qui a imaginé ces petits appareils en 1853, après l'*élytromochlion* de Kilian, leur a donné le nom d'*hystérophores*.

Le mécanisme par lequel les tiges inférieures étaient rapprochées de manière à déterminer l'écartement des plaques supérieures, a été heureusement modifié par Schilling et par Eulenburg. Mais M. Savage, tout en imitant la modification de ce dernier, a simplifié l'appareil de manière à en rendre l'usage aussi aisé que possible. Ce perfectionnement consiste à munir l'appareil d'un petit tube en caoutchouc retenu par une bifurcation supérieure auprès de la charnière, et dans lequel on peut, après avoir placé le pessaire, introduire les extrémités inférieures des tiges rapprochées, de manière à prévenir leur écartement. Dès-lors, rien de plus simple que de mettre le pessaire en place et de le retirer à volonté.

J'ai vu M. Simpson employer deux pessaires encore plus simples.

Le premier est une sorte d'anneau triangulaire à angles émoussés, en gutta-percha. Par son angle inférieur, il appuie sur le vagin et le plancher périnéal; par son bord supérieur arrondi, il repousse en haut le fond dans les cas de rétroflexion, ou bien il retient le col, qu'on y engage préalablement, vers la partie postérieure du vagin, dans les cas de rétroversion.

Le second est une large plaque de gutta-percha excavée en gouttière superficielle, sur laquelle on fait reposer le fond de l'utérus rétroversé, tandis que le pétiole qui part du milieu de cette plaque appuie par son extrémité inférieure sur la paroi inférieure du vagin et le plancher périnéal.

J'ai vu des malades supporter ces petits appareils si bien qu'elles ne pouvaient s'en passer. Une dame qui souffrait, depuis quatorze ans, d'une rétroversion, au point de ne pouvoir marcher, éprouvait de l'emploi de ces pessaires un soulagement équivalent à une guérison.

Je ne vous parlerai pas plus longuement, mon cher ami, de ces minuties chirurgicales. Vous savez pourtant quelle importance leur application prend dans certaines occasions; c'est ce qui m'a décidé à ne pas terminer cette lettre sans vous en entretenir, car le médecin n'est pas comme le préteur : *de minimis curat*.

Cinquième Lettre.

Diverses espèces de trocarts. — Sutures métalliques. — Acupressure. — Résection du genou. — Chloroformisation. — Enseignement et exercice de la médecine.

Mon cher ami,

Vous vous rappelez qu'en vous décrivant précédemment l'ovariotomie, je vous ai parlé de *plusieurs sortes de trocarts* employés par les divers chirurgiens pour ponctionner le kyste et en évacuer le liquide. Parmi ces instruments, les uns ne se distinguent des autres que par la dimension, ou par la forme, ou par le prolongement et l'évasement de la gorge, etc. Mais il en est dont les différences sont caractérisées par des modifications plus importantes que je crois devoir rappeler ; d'autant mieux que leur application peut être transportée de l'évacuation des kystes ovariques à celle d'autres hydropisies, et que leur usage peut être généralisé.

Le trocart de M. Thomson, par exemple, ne paraît pas d'abord différer essentiellement de notre trocart ordinaire. Vous allez voir pourtant quels perfectionnements le caractérisent et permettent d'étendre son application. Sa poignée est en bois, comme celle de nos trocarts, mais elle est creuse, et, au lieu de tenir au poinçon, elle tient à la canule. Le poinçon peut, après la ponction, être retiré dans la canule jusqu'au niveau du manche, à l'aide d'une tige qui le supporte et qui se termine par un bouton appliqué sur le bout de la poignée, au moment où le poinçon, prêt à faire la ponction, dépasse l'extrémité de la canule. Lorsqu'on a retiré le poinçon dans la canule, le liquide s'écoule par un tube coudé à angle droit sur celle-ci, et auquel on peut adapter un tuyau en caoutchouc, soit simplement conducteur pour déverser le liquide dans un baquet, soit aspirateur à l'aide d'un petit réservoir en caoutchouc placé sur son trajet, de manière à faciliter l'extraction du liquide, tout en empêchant son reflux ou l'entrée de l'air dans la cavité

à évacuer. Enfin, si quelque obstacle s'oppose à l'évacuation du liquide, on peut faire de nouvelles ponctions dans le kyste en poussant simplement le poinçon qui est resté dans le manche, ou en le retirant tout à fait après avoir dévissé un petit anneau métallique qui suffit à l'y retenir, et en sondant la cavité du kyste à l'aide d'un stylet introduit dans le canal central du manche qui fait suite à celui de la canule.

Le trocart de M. Spencer Wells, semblable à celui de M. Thomson par la canule de dérivation soudée à angle droit sur la canule principale, et par la possibilité de retirer entièrement le poinçon pour sonder la cavité à évacuer, en diffère par le poinçon lui-même. Au lieu d'être plein et terminé par la pointe pyramidale à trois faces planes et à trois bords aigus et coupants, qui a valu son nom à l'instrument, le poinçon est creux ; c'est une véritable canule contenue dans la première. L'extrémité inférieure aiguisée de cette canule-poinçon est taillée en biseau, comme le serait un roseau dont on emporterait le bout par une section oblique. On peut lui faire dépasser l'extrémité inférieure de la véritable canule d'une quantité suffisante pour opérer la ponction, et, dès qu'on cesse de presser avec la paume de la main sur son extrémité supérieure, l'élasticité d'un ressort à boudin la fait rentrer dans la canule. Le liquide s'écoule alors par la double canule concentrique et par la canule de dérivation. Si l'on veut introduire un stylet dans la canule pour sonder la cavité du kyste, on peut en retirer aisément la canule-poinçon et en rendre le parcours aussi facile que celui de la canule d'un trois-quarts ordinaire.

Je ne reviendrais pas sur les *sutures métalliques*, dont je vous ai parlé précédement à propos de l'opération de la fistule vésico-vaginale, si je n'avais à vous faire part de quelques remarques au sujet des avantages qu'elles présentent et des aiguilles dont on se sert pour les introduire.

Leurs avantages, quoiqu'ils aient été exagérés par M. Marion Sims, qui proclama leur emploi comme le couronnement de la chirurgie du XIXe siècle, ont été bien appréciés en Angleterre par M. Simpson, en France par M. Ollier.

Les expériences du chirurgien de Lyon sont assez concluantes pour ne pas laisser de doutes à cet égard. La supériorité des fils métalliques tient à leur finesse, à la constance de leur volume, au poli de leur surface, à leur impénétrabilité par les liquides putréfiables, à la permanence de forme de l'anse métallique, à la possibilité de les laisser aussi longtemps qu'on le veut séjourner dans les tissus. La supériorité du fer est due à sa ténacité et à la facilité qu'on a à se le procurer. Le reproche

qu'on lui a fait de se laisser oxyder, ne paraît pas sérieusement fondé[1].

En Angleterre, les sutures métalliques ne sont pas adoptées par tous les chirurgiens, mais je les ai vu employer par plusieurs avec de grands éloges. M. Simpson notamment, qui a tant contribué à en répandre l'usage, s'en sert d'une manière constante. Vous savez aussi que c'est le fer qu'il préfère aux autres métaux.

Pour les introduire, on peut se servir d'aiguilles ordinaires, dont le talon est évidé sur les deux faces en arrière du chas, de manière à y loger les chefs du fil. Il est bon de se servir alors, pour faire pénétrer l'aiguille dans les tissus, d'un porte-aiguille ou d'une pince dans les mors de laquelle on saisit le talon de l'aiguille, surtout lorsqu'on pratique la suture à une certaine profondeur. Le meilleur porte-aiguille que j'ai vu employer est une forte pince, comme la pince à pansements, mais à branches très-longues et à mors larges et très-courts.

Vous savez de quelle utilité est l'aiguille creuse de Startin pour cette introduction du fil, dans les cas de fistule vésico-vaginale. Mais dans d'autres opérations, surtout dans les autoplasties de la face, l'aiguille de Startin est trop volumineuse, et il vaut mieux employer l'aiguille chirurgicale ordinaire dont je viens de parler. Pourtant le chef du fil le plus court peut être un embarras; la difficulté d'en effacer l'extrémité en le pliant sur l'aiguille, outre le temps qu'elle fait perdre, expose la piqûre à être déchirée par le passage.

Pour obvier à cet inconvénient, le docteur Murray a imaginé une aiguille fort simple et très-ingénieuse qu'il m'a montrée à Londres. Cette aiguille ne diffère pas des aiguilles chirurgicales ordinaires, si ce n'est par l'extrémité qui avoisine le talon. Au lieu d'être percée d'un trou, cette extrémité est perforée dans son axe et dans une petite étendue, de manière à représenter un petit cube creux très-fin qui s'ouvre en gouttière sur une des faces de l'aiguille. Il est plus facile de passer le fil dans cette portion tubulaire que dans l'aiguille de Startin. Pour que le fil tienne dans ce petit tube et soit retenu au moment où l'on retire l'aiguille, il suffit de plier en deux l'extrémité du fil arrivée dans la gouttière; ainsi doublé dans une longueur presque imperceptible, ce chef est arrêté dans le petit tube ménagé au talon de l'aiguille, et l'on peut tirer celle-ci sans craindre de faire aucune déchirure à la piqûre du tégument.

En me montrant les avantages des sutures métalliques, M. Simpson

---

[1] Ollier; *Des sutures métalliques, de leur supériorité sur les sutures ordinaires. Expériences et observations sur ce sujet. Avantages spéciaux des fils métalliques capillaires dans les autoplasties.* Paris, 1862.

m'a fait voir aussi l'ingénieux moyen d'hémostasie qu'il a imaginé, il y a environ quatre ans, sous le nom d'*acupressure.*

Cette nouvelle méthode hémostatique lui a été inspirée à la fois par les avantages des sutures métalliques et par le désir d'atteindre le but, si constamment recherché en Angleterre, de la réunion immédiate. A ce titre, l'acupressure mérite de fixer l'attention des chirurgiens, à Montpellier surtout, où la réunion immédiate, justement estimée, a toujours été pratiquée, a subi des perfectionnements successifs, et a répondu par des succès habituels à la confiance qu'on n'a cessé de lui témoigner.

Importée en France en 1860 par M. Bonafond, expérimentée avec succès par M. Foucher, l'acupressure n'est pas une simple curiosité chirurgicale, comme le disait récemment un membre de la Société de chirurgie. Elle me paraît constituer dès à présent une méthode sérieuse, et, sans détrôner la ligature, elle peut rendre des services signalés. Elle a fait déjà ses preuves ; elle a été employée avec succès par plusieurs opérateurs, notamment à Édimbourg, où le docteur Handyside m'a communiqué deux observations d'amputation de la cuisse au-dessous du trochanter et au quart supérieur, toutes deux suivies de guérison, et dans lesquelles l'hémostasie a été parfaitement obtenue par le seul secours de l'acupressure.

Cette méthode consiste à comprimer l'artère, soit contre l'os, soit, plus habituellement, contre les parties molles, à l'aide d'une forte et longue épingle qui traverse les tissus à droite et à gauche du vaisseau, et passe, dans sa portion moyenne, au-devant de l'artère, qu'elle aplatit au point d'y intercepter le cours du sang. Il suffit de 24 à 60 heures de cette compression linéaire pour déterminer l'oblitération du vaisseau. L'aiguille retirée, il ne reste dans la plaie aucun corps étranger qui puisse constituer un obstacle à la réunion immédiate.

L'acupressure peut se pratiquer par trois procédés différents. Dans le premier, l'épingle entre et sort par la peau, l'artère est comprimée entre l'épingle et la peau dans le point intermédiaire aux deux piqûres. Dans le deuxième, elle pénètre dans le lambeau par sa surface saignante et en ressort tout près de l'artère, au-devant de laquelle elle passe, pour aller traverser de nouveau une certaine épaisseur des chairs de l'autre côté de l'artère : on peut augmenter alors la compression par un fil de fer qui contourne les deux extrémités de l'épingle, pour se croiser en huit de chiffre au-devant de l'artère. Dans le troisième, qui paraît être un perfectionnement des deux autres, l'épingle traverse les chairs du côté de la surface saignante, à droite et à gauche de l'artère, en passant derrière elle, tandis qu'un fil de fer attaché à sa tête passe au-devant du vaisseau, contourne l'autre extrémité de l'épingle

et revient vers la première ; lorsqu'on suppose que l'artère est oblitérée, on retire l'épingle à l'aide d'un fil de fer attaché préalablement à sa tête, s'il est nécessaire; le dégagement de l'anse métallique suit de près cette traction, et, en continuant à tirer sur l'épingle et sur l'anse de fil de fer, on les extrait facilement de la plaie l'un et l'autre.

Je viens à un autre ordre d'opérations que je vous signalerai seulement en passant, je veux parler des *résections osseuses*. Pour si peu que j'en puisse dire, je ne veux pas omettre ce trait différentiel entre la chirurgie anglaise et la nôtre. Je pense que nous n'avons pas encore apprécié en France l'avantage qu'on peut en retirer, lorsqu'on les applique aux lésions des membres inférieurs.

Ainsi, j'ai vu à Édimbourg une jeune fille d'une vingtaine d'années qui avait subi, depuis environ un mois, une résection du genou avec un succès complet. On voyait parfaitement la ligne de réunion de l'incision demi-circulaire passant au-dessous de la rotule et formant la limite du grand lambeau antérieur, dans lequel cet os avait été conservé avec le ligament rotulien. Ce lambeau, relevé sur la cuisse, permet de réséquer l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia. On réunit la plaie par première intention, et l'on maintient pendant plusieurs mois le membre en extension, dans une gouttière placée au-dessous de lui.

L'opération est, d'après l'assurance des chirurgiens, beaucoup moins grave que l'amputation de la cuisse, et permet de sauver un plus grand nombre d'opérés. Cette première raison vaut bien la peine d'attirer l'attention.

Mais il est une autre considération aussi importante, c'est la conservation du membre. Un membre ankylosé n'est-il pas préférable à un pilon ? La réponse n'est pas douteuse, du moment qu'on assure que le raccourcissement n'est pas considérable. Il paraît même que le malade qui conserve son membre peut s'en servir plus commodément lorsqu'on empêche l'ankylose d'être complète. Quand le cal fibreux est consolidé par une immobilité d'une durée suffisante, la marche devient possible avant que l'ossification soit achevée, et maintient dans le membre une aptitude à de légers mouvements de flexion et d'extension qui, tout incomplets et tout obscurs qu'ils soient, en facilitent singulièrement l'usage.

Je regrette de n'avoir pu vérifier sur des malades opérés depuis assez de temps, la conservation de la longueur suffisante du membre, et l'aisance que son nouvel état laisse à la déambulation. Mais des assurances formelles m'ont été données à cet égard par des confrères tout à fait dignes de foi. Seulement les mêmes chirurgiens m'ont signalé le jeune

âge comme une contre-indication à l'opération. Lorsque la résection du genou est pratiquée sur des enfants, le membre qui l'a subie n'acquiert jamais, par suite d'une sorte d'arrêt dans le développement, une longueur relative suffisante pour permettre au malade de s'en servir aisément. La résection du genou est donc regardée comme exclusivement réservée à l'adulte, ou du moins à ceux dont la croissance paraît achevée. Pour ceux-ci, un soulier à talon élevé est un moyen prothétique suffisant pour restituer au membre sa fonction principale.

Je terminerai ces quelques observations sur la chirurgie générale, par une remarque sur la *chloroformisation*. La part que vous-même avez prise à l'extension et à la régularisation de la méthode anesthésique, doit augmenter l'intérêt que vous pouvez avoir à apprendre avec quelle largesse on fait usage du chloroforme en Angleterre.

Je vous ai déjà dit qu'on ne craint pas de chloroformiser les malades avant de les apporter auprès du chirurgien, et qu'on prolonge l'anesthésie complète sans appréhension apparente, pendant toute la durée des plus longues opérations. Il semble qu'on soit plus familiarisé qu'en France avec le maniement de ce précieux et terrible agent; ou que le caractère anglais produise, chez le malade, aussi bien que chez le chirurgien, une décision plus formelle de courir les hasards de ce nouveau danger, dans l'espoir de bénéficier d'un avantage inestimable.

Pour prendre un exemple frappant de cette différence, je vous citerai l'emploi de la méthode anesthésique pendant l'accouchement. En France, nous nous faisons une loi de n'employer le chloroforme, dans ce cas, que très-exceptionnellement, lorsque les douleurs prennent un caractère tout à fait anormal, ou lorsqu'une opération obstétricale sérieuse doit être pratiquée. En Angleterre, au contraire, il n'est pas rare de voir employer le chloroforme dans l'accouchement naturel.

Personne n'a été aussi loin que M. Simpson. Il est vrai qu'il a introduit le chloroforme dans la pratique, avec beaucoup d'autres inventions dont l'humanité lui sera reconnaissante. Je n'en ai pas moins été étonné d'apprendre de lui qu'il chloroformise toutes ses accouchées, et cela à leur grande satisfaction, comme j'ai pu en recueillir des témoignages. Il prolonge l'anesthésie pendant plusieurs heures, s'il le faut, tout le temps du travail douloureux; donnant de temps en temps un peu de vin pour soutenir les forces, et maintenant l'insensibilité par quelques aspirations de chloroforme, reprises par intervalles lorsque le réveil de la sensibilité est sur le point de paraître. Cette habitude est tellement passée dans les mœurs que, la chloroformisation commencée, l'accoucheur peut se retirer pendant la marche du travail, laissant le soin d'entretenir l'anesthésie à une garde-couches bien dressée (*monthly Nurse*), et quelquefois même au mari de la patiente.

Vous vous étonnerez peu, d'après cela, de la grande consommation de chloroforme qui doit se faire dans la Grande-Bretagne. Dans une fabrique de produits pharmaceutiques à Édimbourg, j'ai vu fonctionner un appareil qui n'en produit pas moins de deux millions de doses par an.

Il est une dernière question, mon cher ami, sur laquelle j'aurais désiré m'éclairer un peu plus pendant mon trop court séjour en Angleterre, et sur laquelle je voudrais aussi vous communiquer des renseignements plus étendus : je veux parler de l'*enseignement et de la pratique de la médecine.* Les coutumes qui les dirigent dans la Grande-Bretagne diffèrent tellement des lois qui les régissent en France, qu'il y aurait pour nous un vif intérêt, au moins de curiosité, à les connaître. Je suis étonné que le sujet n'ait encore tenté personne, et n'ait été traité à fond par aucun de nos écrivains.

Mais s'il m'est resté peu de temps, en dehors de mes études spéciales, pour jeter un simple coup d'œil sur la chirurgie générale, vous sentez bien, à plus forte raison, que j'ai été presque dans l'impossibilité d'acquérir des connaissances suffisantes sur une organisation du corps médical, qui n'a aucune analogie avec la nôtre. Je vous avouerai même que je serais aujourd'hui sur ce point presque aussi ignorant qu'auparavant, si je n'eusse rencontré un obligeant *cicerone* dans la personne d'un de nos compatriotes, le docteur de Méric, établi à Londres, chirurgien de l'hôpital Allemand et sociétaire (*fellow*) du Collége des chirurgiens, qui a eu l'amabilité de me guider à travers ce dédale d'institutions. Je ne puis songer à vous communiquer mes connaissances, tout incomplètes qu'elles sont, sans le remercier ici lui-même de l'empressement avec lequel il a bien voulu détourner quelques instants son attention de ses nombreux travaux, pour m'initier aux coutumes surannées sur lesquelles l'enseignement et l'exercice de la médecine demeurent établis.

Vous rappelez-vous les différences entre le génie des deux nations, dont je vous parlais dans ma première lettre ? Ici encore, il faut savoir en faire la part, si l'on veut se placer à un point de vue qui permette de comprendre l'organisation médicale de l'Angleterre. Mais il importe en outre d'y reconnaître l'influence de deux principes dont l'application se retrouve partout et dont l'esprit, comme une sève vivace, semble porter l'animation et la force dans toutes les institutions britanniques. Ces principes ou ces lois, sur lesquels la société anglaise repose comme sur sa base naturelle, ne sont sans doute que l'expression abstraite de deux facultés éminemment distinctives de ce grand peuple, et dont les manifestations concrètes donnent un cachet caractéristique à sa vie privée, à sa vie publique, à sa marche dans la grande voie de la civilisation.

Le premier de ces principes, c'est la reconnaissance large et complète du pouvoir de la volonté humaine, dont le plein exercice est toujours admis dans les limites de la légalité ; c'est, par suite, l'initiative, dérivant de la liberté; c'est enfin la spontanéité d'action de l'individu, l'indépendance d'organisation des institutions.

Le second de ces principes, c'est la continuité d'action de cette volonté, la persévérance, l'esprit de suite; d'où la force de l'habitude, la persistance de la coutume, la stabilité des institutions.

Du jeu combiné de ces deux principes dérivent à la fois la durée, si favorable au perfectionnement des institutions, et le perfectionnement lui-même, si favorable à leur durée. Ainsi, on voit chaque portion de la société anglaise, malgré les entraves de ses coutumes du moyen-âge, se mouvoir librement, comme chaque individu, d'après ses propres intérêts et, malgré la stabilité de ses institutions, suivre sans cesse la voie du progrès, grâce à la justesse d'interprétation de chacun et à un heureux mélange de sagesse et d'initiative individuelles.

De là résulte, pour l'organisation médicale : 1° une liberté extrême dans l'enseignement et dans la pratique ; l'enseignement non obligatoire, donné partout par des institutions privées ; la pratique exercée partout avec liberté par l'individu, ou du moins par la corporation à laquelle il appartient. 2° Une organisation toute fondée sur la tradition coutumière, presque sans lien qui la rattache légalement au gouvernement du pays, et avec des allures qui nous paraissent tellement surannées, que notre esprit de centralisation administrative et de sujétion universitaire se plie difficilement à l'intelligence des rouages qui lui permettent de se mouvoir, avec une satisfaction suffisante pour les membres du corps médical, dans les rapports des uns avec les autres, et dans leurs relations avec le corps social tout entier.

Les autres branches de l'enseignement supérieur ne diffèrent pas, d'ailleurs, de la médecine, au point de vue de la liberté.

« Les Universités, dit M. de Montalembert, sont la vraie merveille de l'Angleterre ; c'est là que se forme presque exclusivement la classe dirigeante du pays. »

« L'intervention du gouvernement est nulle, ajoute M. de Franqueville [1], en ce qui concerne les établissements d'instruction secondaire ou d'instruction supérieure. Dans les Universités, les chanceliers, aussi bien que les professeurs, sont élus par leurs pairs sans aucune intervention du pouvoir ; ils ne reçoivent aucun traitement sur les fonds de l'État ;

---

[1] *Les institutions politiques, judiciaires et administratives de l'Angleterre*, pag. 343. Paris, 1863.

ils dressent, comme ils l'entendent, le programme des études sans avoir de compte à rendre au gouvernement. Chaque Université se compose d'une série de Colléges, dont chacun est absolument indépendant de tous les autres, et peut librement faire ses règlements ou administrer ses propriétés.

» Tel est le système d'éducation qui prépare la jeunesse anglaise à la pratique de cette liberté disciplinée dont elle est destinée à présenter l'image !»

Mais jetons un coup d'œil sur l'exercice de la médecine, avant de parler de son enseignement, dont l'organisation est moins ancienne.

A proprement parler, la *pratique* de la médecine est libre et tout le monde a le droit d'exercer. Le premier venu peut voir des malades, leur donner des conseils et leur vendre des médicaments; seulement il ne peut pas prendre le *titre* de médecin ou de chirurgien, c'est un délit prévu par une loi récente (l'acte de Registration médicale) et puni d'une amende insignifiante. Avant cet acte, chacun pouvait prendre impunément le titre de médecin. Il va sans dire que les positions officielles n'ont été accordées, de tout temps, qu'aux personnes dûment diplomées; que les tribunaux ont toujours exigé des grades chez ceux qui avaient recours en justice, etc., etc. Mais l'exercice pur et simple est, en ce moment comme jadis, libre comme l'air.

La nouvelle loi, qui date de 1858 ou 59 est un progrès : elle est le premier effort de législation d'ensemble qu'on ait fait en Angleterre en matière de médecine. Elle institue un *Conseil supérieur* et un *Registre général* qui fait foi officiellement et empêche l'usurpation des titres : voilà tout. Le conseil supérieur est composé de membres pris dans toutes les universités et toutes les corporations. Le but principal de la nouvelle loi, c'est la fondation de ce conseil qui *donne des avis* sur l'éducation des élèves, et l'établissement du registre général des médecins des Trois Royaumes. Nul n'est inscrit sans justifier d'un diplôme octroyé par un corps quelconque reconnu par le conseil. Nul n'est *officiellement* médecin s'il n'est porté sur ce grand-livre. Nul ne peut, en l'absence de cette inscription, prendre le *titre* de médecin ou de chirurgien. Mais l'*exercice* n'est point réprimé, pourvu qu'on n'usurpe point de titre. Il est évident que jusqu'ici la mesure est presque illusoire.

Mais, pour ceux qui veulent exercer officiellement la médecine, quel est le moyen d'avoir un *titre?*—C'est de se faire recevoir dans une des trois corporations des médecins (*physicians*), des chirurgiens (*surgeons*) ou des pharmaciens (*apothecaries*). Ces corporations, déjà très-anciennes, n'ont reçu dans leurs règlements que des améliorations légères, nécessitées par le progrès et la marche du temps; mais elles sont restées, depuis leur institution, établies pour ainsi dire sur les mêmes bases.

Les différences entre ce mode d'acquisition d'un titre légal et nos propres institutions médicales, paraissent marquer d'abord d'un cachet d'infériorité relative le recrutement des praticiens anglais. Mais, par contre, ne vous semble-t-il pas, mon cher ami, que la conservation de cette ancienne coutume a pu maintenir entre les divers membres du corps médical britannique ces liens de confraternité et de mutuelle assistance, sinon de solidarité, que nous avons longtemps regrettés en France, et que nous avons cherché à renouer récemment par l'institution de cette Association générale qui a M. Rayer à sa tête et à laquelle sont agrégées les associations locales, telles que celle de Montpellier, dont vous êtes vous-même le digne président?

De ces trois corporations, la plus ancienne, celle du moins dont la constitution actuelle remonte le plus loin dans l'histoire, est celle des *physicians* (médecins). C'est celle qui se distinguait le plus des autres par ses connaissances, celle même dont les membres, dans le principe, étaient seuls lettrés. Elle reçut une charte royale en 1518, sous le règne de Henri VIII, dans laquelle il est dit : « Tous les médecins de la cité de Londres ou du dehors formeront en nom et en fait un seul corps et une perpétuelle communauté ou collége. » C'est cette corporation, *Royal College of Physicians*, qui, après avoir occupé successivement diverses demeures, est établie depuis 1825 au coin N.-O. de *Trafalgar-square*. Les candidats au diplôme, après avoir acquis dans une école quelconque l'instruction nécessaire, subissent des épreuves devant les sociétaires, et deviennent, après y avoir satisfait, membres de la corporation.

La corporation des chirurgiens (*Royal College of Surgeons*) a été fondée sur les débris d'une ancienne compagnie de chirurgiens-barbiers qui reçut une charte sous le règne d'Édouard IV, à une époque où l'art de guérir, quand il n'était pas entre les mains du clergé, était exercé par des barbiers. Sous le règne de Georges II, un acte fut passé qui dissolvait l'association entre les barbiers et les chirurgiens, et élevait ces derniers en compagnie distincte exclusivement composée de praticiens d'un art scientifique. Dans la quarantième année du règne de Georges III, cette compagnie fut confirmée dans ses priviléges par une charte royale qui lui donnait un nouveau titre et une meilleure constitution. Des examinateurs, choisis par rang d'ancienneté parmi les membres du conseil, admettent en qualité de membres ceux qu'ils jugent capables, et leur délivrent un diplôme qui leur confère le droit de pratiquer la chirurgie dans toute l'étendue des possessions britanniques.

En 1800, l'État fit présent au collége des chirurgiens, établi à *Lincoln's Inn Fields*, du Musée d'anatomie comparée qu'il avait reçu du célèbre John Hunter, à la condition que la société donnerait vingt-quatre leçons par an et que le musée serait ouvert au public.

La corporation des pharmaciens (*Society of Apothecaries*) est non-seulement une institution locale, faisant partie, comme autrefois, des corporations de la Cité, mais un vrai collége de médecine, dont les sociétaires confèrent un titre qui permet aux membres reçus de pratiquer la médecine en même temps que de vendre des médicaments. Ce sont, à proprement parler, d'anciens apothicaires qui se sont élevés peu à peu au degré de médecins. Ils ont abandonné l'officine, pour prescrire eux-mêmes leurs remèdes, sinon pour les envoyer ou les apporter aux malades en même temps que leurs conseils. Du reste, ils se sont élevés aussi en instruction : souvent ils se font recevoir à la fois par la corporation des chirurgiens ou des médecins et par celle des pharmaciens; ils exercent en même temps la médecine, la chirurgie, l'obstétrique; ils constituent enfin cette classe de médecins très-répandus en Angleterre sous le nom de *general* ou *medical Practitioner*, praticien général ou praticien médical, ou simplement praticien. Pour se faire payer, ces praticiens font des notes, c'est-à-dire qu'ils envoient à leurs malades le compte de leurs visites et de leurs médicaments, tandis que les médecins et les chirurgiens reçoivent leurs honoraires à chacune de leurs consultations.

Vous me demanderez maintenant ce que devient la pharmacie, puisque le pharmacien, ayant primitivement boutique sur rue, a abandonné petit à petit son officine pour se faire médecin. La pharmacie est naturellement venue aux mains des droguistes, qui, tout en continuant à être droguistes, parfumeurs, etc., sont devenus pharmaciens, voire même chimistes, vendant des remèdes aux malades sur les ordonnances des médecins, des chirurgiens et même des praticiens. Ces nouveaux pharmaciens tendent à s'élever à leur tour, à se séparer des droguistes illettrés; ils ont même formé une corporation pharmaceutique qui cherche à réglementer l'exercice entièrement libre de la pharmacie. Mais ne nous éloignons pas de la médecine[1].

---

[1] Le corps médical tout entier se trouve affilié aux corporations dont je viens de parler, parce que, hors de là, il n'y a pas d'autre titre légal pour la pratique que le grade relativement assez rare de docteur donné par les universités. Tout praticien anglais reconnu officiellement comme tel, est donc *membre* de l'une ou de l'autre. Mais il n'a pour cela aucune part à la direction, ni aucune influence sur l'administration intérieure de la corporation. Pour jouir de ce privilége et faire partie de ce qu'on peut appeler le gouvernement de la corporation, il faut en acquérir les titres ou les grades supérieurs, il faut en être *fellow*, sociétaire, ou littéralement compagnon. Les *fellows* se recrutent parmi les membres, mais il faut passer par de nouvelles épreuves pour devenir de simple membre, compagnon.

Je fais cette remarque, parce qu'on se tromperait en croyant traduire le

Nous voyons bien jusqu'ici comment on exerce la médecine, comment on rehausse et l'on accrédite cet exercice par un titre officiel; mais où puise-t-on les connaissances qui permettent de subir des épreuves avec un succès dont ce titre est le prix ? Ne croyez pas que les examens subis devant les corporations auxquelles on désire s'affilier ou dont on aspire à devenir membre, soient moins sérieux que les examens subis par nos élèves devant nos Facultés. Ces corporations, pour n'être pas des corps enseignants, n'en sont pas moins jalouses de leur honneur scientifique, et n'admettent dans leur sein que des hommes dignes d'en faire partie. Où donc la jeunesse trouve-t-elle une instruction suffisante pour satisfaire aux épreuves ?

Les études ont consisté longtemps, surtout pour les apothicaires et les chirurgiens, dans le simple apprentissage. Plus tard, de nombreuses écoles leur furent ouvertes. Quant aux médecins, ils avaient de tout temps étudié à Londres, à Oxford, à Cambridge, la médecine étant enseignée dans ces universités avec les lettres, les sciences, le droit, etc.; ils y prenaient les grades de bachelier et de docteur avant de recevoir le titre de *physician*, par leur incorporation au collége des médecins, titre qui leur permettait de défendre leurs droits et de partager le privilége des membres de la corporation.

Mais peu à peu des centres d'enseignement se formèrent, surtout dans l'intérêt des praticiens généraux. Ces écoles privées, c'est-à-dire libres, furent instituées par un certain nombre de médecins ou de chirurgiens qui se réunirent dans le but de professer, et se partagèrent entre eux les diverses branches de l'enseignement, ainsi que le produit de leurs leçons. Le nombre de ces écoles s'est multiplié, leur organisation s'est perfectionnée. Habituellement placées près d'un hôpital et le plus souvent dans l'hôpital même, elles sont essentiellement pratiques. Les professeurs ne sont autres que les chefs de service de chacun des hôpitaux où sont instituées les écoles. Aujourd'hui il n'y a presque pas un hôpital de Londres où ne se trouve en même temps une école.

---

mot *fellow* par celui d'associé ou par quelqu'un des autres noms distinctifs usités dans nos sociétés savantes. Aucune identité, aucune analogie même n'existant entre les choses, il ne peut en exister aucune entre les mots. Sous ce rapport, ces vieilles corporations ne ressemblent en rien à nos Académies. Ce ne sont pas des corps scientifiques, mais des corps professionnels. A prendre à la lettre l'expression de *fellow*, je les comparerais volontiers au *compagnonnage*, dans lequel il y a des degrés et des distinctions entre celui qui est simple membre, seulement affilié à la corporation, et celui qui devient un de ses dignitaires.

Vous savez, mon cher ami, que, de même que toutes ces écoles sont des institutions libres, les hôpitaux sont aussi des institutions privées, gérées par des administrateurs, indépendamment de toute intervention directe de l'État. Là plus qu'ailleurs, plus qu'en France, l'administration d'un hôpital est toute-puissante, et j'avoue que je ne pouvais me défendre d'une comparaison affligeante entre la facilité que l'enseignement médical trouve dans ces asiles et les difficultés par lesquelles on l'entrave chez nous. Je ne pouvais oublier les défenses formelles dont j'ai eu moi-même à gémir, lorsque j'ai voulu convier mes élèves à cette instruction clinique, la vraie pierre de touche de l'instruction médicale.

Je m'informai donc si les administrateurs des hôpitaux de Londres autorisaient aisément dans leurs maisons ces écoles libres, où toutes les branches de la médecine sont enseignées, depuis la chimie, la botanique et l'anatomie, jusqu'à la pathologie, la chirurgie et la clinique. On s'étonna de ma demande, comme bien vous pensez, et je ne sais si dans ce moment on m'accorda toute ma raison.

Je compris d'ailleurs à demi-mot que deux motifs principaux ont toujours encouragé les administrateurs, je ne dis pas à tolérer, mais à solliciter l'établissement d'une école dans leur hôpital : Le premier, un libéralisme généreux, ouvrant ses portes à la science comme à l'infortune, et laissant les pauvres malades qui reçoivent leur soulagement de la médecine et de la charité, donner eux-mêmes ce qu'ils peuvent, c'est-à-dire les vrais moyens d'instruction qui permettent à de nouveaux médecins de soulager de nouveaux malades. Le second, un intérêt bien entendu, car le concours des élèves stimule le zèle des maîtres; l'éclat dont l'enseignement environne les noms des médecins et des chirurgiens rend leurs postes plus recherchés, donne la certitude qu'ils seront mieux remplis, et contribue à la fois à l'utilité et à la renommée d'une institution. Voilà comment les rapports entre le corps enseignant et les malades sont compris dans les hôpitaux de Londres, et l'on a même vu des administrateurs solliciter une école établie dans le voisinage de transporter son enseignement au sein de leur hôpital.

Je ne puis essayer d'énumérer toutes ces écoles. Il y en a, non-seulement dans tous les grands hôpitaux, à Saint-Barthélemy, à Saint-Thomas, à Guy, à Saint-Georges, à Middlesex, à Westminster, à Kings' College, etc.; mais dans presque tous les autres, à Sainte-Mary, à Samaritan, etc., etc., et même il n'est pas d'hôpital particulier, tel que celui des Cancéreux, de l'Orthopédie, des Fistuleux, de London surgical home, etc., où des leçons ne soient faites par les chefs de service sur les maladies spéciales qui y sont traitées.

Ces écoles ont d'ailleurs une organisation complète; non-seulement on y donne aux élèves une instruction théorique et pratique, mais on stimule leur zèle par des concours, par des prix, par des nominations

d'internes et d'externes. Les journaux de médecine anglais, notamment dans cette saison, sont remplis d'annonces indiquant la distribution des cours d'hiver et d'été entre les divers professeurs qui en sont chargés[1].

Un fait que je tiens à ne pas omettre, c'est que les études commencent, dans toutes les écoles, le 1er octobre. Cette juste appréciation de l'opportunité des études, et ce sens pratique de l'emploi du temps, offrent un contraste frappant avec la distribution irréfléchie des études dans nos écoles. Tous ceux qui ont pratiqué l'anatomie savent combien le mois d'octobre est favorable aux dissections, qu'on est obligé d'interrompre pendant l'été. Par nos habitudes réglementaires de terminer l'année scolaire le 1er septembre et de la commencer le 15 novembre, il est certain que du 1er octobre au 15 novembre, un mois et demi est perdu pour les dissections; d'autre part, les mois de juillet et d'août, à Montpellier surtout, où toute espèce de travail sérieux devient impossible par l'excès de la chaleur, sont entièrement nuls pour les études. Près de quatre mois, dont un mois et demi très-favorable au travail, c'est-à-dire environ le tiers de l'année, se trouvent ainsi perdus pour nos élèves. Avouons que si les Anglais sont esclaves de la coutume, et, si l'on peut dire, de la liberté, nous risquons de notre côte de devenir victimes de la centralisation et de la routine.

Mais je remarque, mon cher ami, que, par un déraillement naturel de la pensée, je vous parle de nos institutions médicales, sur lesquelles je n'ai rien à vous apprendre. Je reviens à celles de l'Angleterre.

En dehors des écoles libres des hôpitaux, il n'y a pas d'autre enseignement médical que celui des universités des Trois Royaumes, qui ont chacune une Faculté de médecine. Les élèves font souvent leurs études d'une manière morcelée, moitié dans une université, moitié dans une école libre. Tout dépend de la manière dont ils veulent ultérieurement pratiquer. Les médecins des pauvres, les médecins militaires, etc., ont certaines lignes tracées par leurs règlements respectifs. Une grande innovation, dans ces derniers temps, c'est la fondation d'une école de médecine militaire à Netley et Chatham; elle n'existe que depuis cinq à six ans: elle est calquée sur les institutions de France. Rien encore de spécial pour la marine.

Les diplômes de docteur ne s'obtiennent naturellement que dans les universités d'Angleterre, d'Irlande et d'Écosse. Je vous ai signalé l'in-

---

[1] Les mêmes journaux signalent aussi chaque semaine, les jours et heures où des opérations seront pratiquées dans chacun des hôpitaux dotés d'un service chirurgical. Quelquefois même ils vont jusqu'à désigner à l'avance, d'après l'indication du chirurgien, les opérations qui seront exécutées. Cette coutume est précieuse pour l'emploi du temps.

térêt que les docteurs avaient à se faire incorporer aux *physicians*. Avant l'acte de Registration médicale, ils exerçaient parfaitement sans être inquiétés. Cependant cet exercice avait plus de solidité et de considération quand le docteur était incorporé. On n'obtenait même de position nosocomiale qu'à condition de cette incorporation, et par suite de l'appui du collége ou de la corporation des *physicians*, qui occupent les places de médecins des hôpitaux et qui visent à la consultation. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait aussi des docteurs faisant de la pratique générale, véritables médecins de famille. Mais je vous ai déjà montré l'origine ordinaire des praticiens généraux, habituellement bien différents des docteurs *physicians*.

Comme la médecine, la chirurgie proprement dite est aussi une spécialité distincte de la pratique générale. Tout en pouvant prendre dans les universités le grade de maître en chirurgie, comme celui de docteur en médecine, ceux qui briguent les places de chirurgiens des hôpitaux prennent les grades supérieurs (*fellows*) de la corporation des chirurgiens. Les chirurgiens des hôpitaux ont tous ce grade supérieur; mais ils se dispensent presque tous du grade de docteur, qui n'est pas exigible. En France, on désigne souvent les chirurgiens des hôpitaux de Londres par le titre de « *M. le* Dr *X....* », ce qui est en général une erreur. En Angleterre, il est d'usage, en parlant d'un *physician* ou d'un praticien général qui possède le diplôme de docteur, de placer le titre en tête du nom, et de dire, même dans le langage usuel «*Docteur X....*»; tandis qu'en parlant de ceux qui n'ont pas de diplôme, et surtout des chirurgiens des hôpitaux, qui forment une classe à part, et qui, par principe, ne le demandent pas, on les désigne par « *Mister* ou *Monsieur X.....* »

Quant aux nominations aux chaires vacantes dans les divers centres d'enseignement médical : le concours nulle part. Dans les universités, le mérite presque toujours; dans les écoles libres, arrangements particuliers, de façon que les médecins et chirurgiens de l'hôpital soient en même temps professeurs[1].

Somme toute, universités, écoles spéciales, toujours libres; corporations des médecins, des chirurgiens, des pharmaco-médecins; liberté

---

[1] Pour tout ce qui est relatif à l'enseignement de la médecine, consultez le *Medical Times* et la *Lancet*, journaux hebdomadaires qui consacrent un de leurs numéros (19 septembre 1863), sous le nom de *Students' Number*, Numéro des Étudiants, à l'énumération de toutes les conditions d'études et d'examens, et à l'indication des jours et des heures des leçons, dans toutes les universités et dans toutes les écoles des Trois Royaumes.

pour chacun de prescrire et de fournir des médicaments, mais non de prendre le titre de médecin ou de pharmacien : tel est le chaos, du moins à notre point de vue, dont le débrouillement semble commencer à se faire en Angleterre.

Mais par-dessus tout, liberté de l'enseignement, liberté de la pratique, action suprême des corporations : tel est le principe, tel est l'esprit qui préside au mouvement médical de ce pays.

Il ne me reste plus maintenant, mon cher ami, qu'à former un vœu : c'est que le souvenir de mes impressions, jeté à la hâte sur ces quelques feuilles, vous ait fait partager l'intérêt que m'a inspiré à moi-même la vue des choses et des hommes sur lesquels j'ai cherché à attirer vos regards. S'il en est autrement, ce sera sans doute ma faute. Il est vrai que je ne puis vous faire partager aussi les sentiments de sympathie qu'ont éveillés en moi les égards, l'affabilité, la franche hospitalité de nos confrères d'outre-Manche envers un étranger; mais j'éprouve un sincère plaisir à les en remercier ici par un témoignage public.

TABLE DES MATIÈRES.

Première Lettre.

DE L'OVARIOTOMIE ET DE QUELQUES AUTRES OPÉRATIONS PRATICABLES CHEZ LE SEXE.

Deuxième Lettre.